**Příloha č. 3 k Zásadám pro provoz dětské skupiny – zařízení péče o děti**

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**

**Dětská skupina Kámen**

**Obec Kámen (Kámen 53, 582 42 Kámen)**

Jméno a příjmení dítěte: ........................................................................

Datum narození: ………………………………………………………………………………..

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Část A)**

**Posuzované dítě k účasti v dětské skupině:**

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením): .............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

**Část B)**

**Posuzované dítě:**

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním **ANO - NE**

- je proti nákaze imunní (typ/druh) ............................................................................................................................................

- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) ............................................................................................................................................

- je alergické na .............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) ....................................................................................................................................................

..............................................................................................................……………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

datum vydání posudku podpis a razítko lékaře