

ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE (vyplní lékař):

Příjmení:	Jméno:	
Datum narození:		
Potvrzuji, že zdravotní stav dítěte je dobrý, není námitek proti jeho přijetí do Dětského centra. **)		
Proti přijetí dítěte do dětského kolektivu jsou tyto námitky: **)		
**) Nehodící se přeškrtněte.		
Alergie:		
Zároveň potvrzuji, že:		
<ul style="list-style-type: none">• dítě je řádně očkováno• je proti nákaze imunní• nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci		
Dítě prodělalo tyto přenosné nemoci:		
V	dne	Podpis a razítko lékaře
Ne starší než tři měsíce v době podání přihlášky		