**Zpráva o zdravotním stavu dítěte před přijetím**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte |  |
| Rodné číslo |  | ZP |
| Jméno, adresa,telefonregistrujícího lékaře |  |
|  |
|  **Osobní anamnéza** |
| Prodělané nemoci |  |
| Infekční nemoci |  |
| Alergie |  |
| Chronická onemocnění v péči odborného lékaře |  |
| Dlouhodobá terapie |  |
| Dietní opatření |  |
| Psychomotorický vývoj |  |

|  |
| --- |
| Potvrzuji, že:* dítě je řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře
* zdravotní stav dítěte je ……………………………….., není tedy námitek proti jeho přijetí do dětských skupin.
 |

Eventuální další sdělení uveďte laskavě na zadní straně.

Další sdělení lékaře: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V Příbrami dne:

………………………………………………………………

jméno a podpis registrujícího pediatrického lékaře

V Příbrami dne:

…………………………………………………………….

podpis zákonných zástupců