**Zpráva o zdravotním stavu dítěte před přijetím**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte |  | | |
| Rodné číslo |  | ZP | |
| Jméno, adresa,telefon  registrujícího 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