

POTVRZENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte:

Bydliště:

Datum narození:

- a) se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování ¹⁾
- b) je proti nákaze imunní ¹⁾
- c) se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci ¹⁾
- d) dítě není řádně očkováno ¹⁾

Potvrzení se vydává na žádost zákonného zástupce pro potřeby přijetí dítěte do mateřské školy jako povinný doklad podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon a zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V.....dne

.....
podpis a razítko lékaře

¹⁾ nehodící se škrtněte

