

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)

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.

1) nehodící se škrtněte

Razítko a podpis dětského lékaře: _____

Datum: _____