

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Dítě:, nar.:

Stvrzuji:

- že se výše jmenované dítě podrobilo **stanoveným pravidelným očkováním** ANO - NE *)
nebo
- je proti nákaze imunní*)
- nemůže se podrobit očkování pro trvalou kontraindikaci *)
- *) *nehodí se škrtněte*

Toto potvrzení se vydává zákonnému zástupci na základě § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně souvisejících zákonů, v platném znění, v souvislosti s podáním žádosti k přijetí dítěte do předškolního zařízení.

Datum:

Podpis a razítko lékaře