

POTVRZENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДИТЯЧОГО ЛІКАРЯ

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