

## 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 <sup>1)</sup>**

**b/ je proti nákaze imunní <sup>1)</sup>**

**c/ se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci <sup>1)</sup>**

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.

<sup>1)</sup> nehodící se škrtněte