

# POTVRZENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte: .....

Bydliště: .....

Datum narození: .....

**a) se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování \***

**b) je proti nákaze imunní \***

**c) se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci \***

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.

\*nehodící se škrtněte

V ..... dne .....

.....

razítko a podpis lékaře