



POTVRZENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte

datum narození

bytem

zákonný zástupce dítěte

Stvrzuji, že výše jmenované dítě:

- a) se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování dle očkovacího kalendáře *
- b) je proti nákaze imunní *
- c) se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci *

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

V dne

.....
podpis a razítko dětského lékaře