**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 dětské skupiny.

V …………………. dne …………………..

……………………………………………...

 podpis a razítko dětského lékaře