

Vyjádření lékaře o očkování dítěte

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte

Datum narození

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu

Podle § 50 zákona č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování

ANO NE

nebo dítě má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO NE

nebo dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

ANO NE

Razítko a podpis lékaře:

V _____ dne _____

! Potvrzení od lékaře není nutno vyplňovat pro dítě, pro které je předškolní vzdělávání povinné.