

Vyjádření lékaře je nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání

Potvrzení praktického lékaře pro děti a dorost o povinném očkování

| | |
|---|-----|
| Jméno a příjmení dítěte | |
| Datum narození: | |
| Dítě se podrobilo povinnému očkování, nebo má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, dle ust. § 50 zák. č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví | |
| *ANO | *NE |
| **Jiná sdělení lékaře (zdravotní znevýhodnění, ..): | |

Vdne.....

**nehodící se škrtněte*

*** nepovinný údaj*

datum:

razítko a podpis lékaře