

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 (odchylky v psychomotorickém vývoji, zdravotní znevýhodnění, ..):	

Vdne.....

**nehodící se škrtněte*

***nepovinný údaj*

datum:

razítko a podpis lékaře

*Totožnost zákonného zástupce ověřena dle OP
Totožnost dítěte byla ověřena dle rodného listu*

