**POTVRZENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST**

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte ……………………………………………………………………………………………………………..

Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Datum narození: …………………………………………………………………………………………………………………………

**a) se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování 1)**

**b) je proti nákaze imunní 1)**

**c) se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci 1)**

1) zakroužkujte správnou variantu

Potvrzení se vydává na žádost zákonného zástupce pro potřeby přijetí dítěte do mateřské školy jako povinný doklad podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon a zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Datum…………………… Razítko a podpis lékaře