

POTVRZENÍ LÉKAŘE O OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

PRO ÚČELY PŘIJETÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Identifikační údaje dítěte: (vyplní zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa trvalého pobytu:	

Vyplní dětský lékař: (hodící se zakroužkujte)

Dítě se podrobilo všem očkováním dle ustanovení § 50 zákona o ochraně veřejného zdraví

ANO x NE

nebo má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE

nebo má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO x NE

Dítě je zdravé a může být přijato do MŠ bez omezení	ANO x NE
Dítě vyžaduje speciální péči:	ANO x NE

Datum:

Razítko a podpis lékaře