**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) nehodící se škrtněte

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