

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

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,^{*)}

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



^{*)} hodící se zakroužkujte