POTVRZENÍ LÉKAŘE o povinném očkování

Jméno a příjmení dítěte: …….

Datum narození: ……..

Trvalé bydliště: ……

Potvrzuji, že výše jmenované dítě:

a/ se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním dle očkovacího kalendáře

b/ je proti nákaze imunní

c/ se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

V……..

Dne…… ……

Podpis a razítko dětského lékaře