

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 trvalou kontraindikaci

V.....

Dne.....

Podpis a razítko dětského lékaře