

POTVRZENÍ LÉKAŘE

PRO ÚČELY ZÁPISU DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Potvrzuji tímto, že dítě

jméno a příjmení: _____

datum narození: _____

- se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování *)
- je proti nákaze imunní *)
- se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci *)

Potvrzení se vydává na žádost rodičů pro potřeby přijetí dítěte do mateřské školy jako povinný doklad podle §34 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), a §50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně zdraví.

Dne : _____

razítko a podpis lékaře

*) nehodící škrtněte