

Doklad od praktického lékaře pro děti

(příloha k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání)

Dítě: _____

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO x NE*

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou
kontraindikaci ANO x NE*

* Nehodící se škrtněte

Datum:

Razítko a podpis lékaře