

## POTVRZENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte: .....

Bydliště: .....

Datum narození: .....

**a/ se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování 1)**

**b/ je proti nákaze imunní 1)**

**c/ se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci 1)**

**d/ má/nemá alergie 1)**

**e/ vyžaduje/nevyžaduje speciální péči v oblasti:** zdravotní, tělesné, smyslové, jiné popřípadě jiná závažná sdělení o dítěti 1)

Potvrzení se vydává na žádost zákonného zástupce pro potřeby přijetí dítěte do mateřské školy jako povinný doklad podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon a zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

1) nehodící se škrtněte