

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
kontraindikaci** **ANO x NE***

*** Nehodící se škrtněte**

Datum:

Razítko a podpis lékaře