

POTVRZENÍ OD LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

ANO x NE,^{*)}

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



^{*)} hodící se zakroužkujte