

## POTVRZENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

СЕРТИФІКАТ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ ДЛЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

**Potvrzuji, že dítě:**

Jméno a příjmení dítěte: Ім'я та прізвище дитини:

.....

Bydliště: Місце проживання:

.....

Datum narození: Дата народження

.....

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

**b/ je proti nákaze imunní 1)**

**c/ se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci 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