

Potvrzení dětského lékaře / Підтвердження педіатра

Jméno a příjmení dítěte/ Прошу зарахувати дитину :

Datum narození dítěte / Дата народження дитини :

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO NE

Nebo je proti nákaze imunní ANO NE

Nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO NE

Datum

razítko a podpis lékaře