|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| https://lh3.googleusercontent.com/PSpRlIGnyuHygEkjDacnyPoIwkAIpi7aP5Rhlu-joPJCx6a_x3e0zZtXITN25X0wjnaq=s170

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  **POTVRZENÍ LÉKAŘE** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jméno a příjmení dítěte ……………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| datum narození ……………………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| trvale bytem …………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| zákonný zástupce dítěte ………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Stvrzuji, že výše jmenované dítě : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a) se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování dle očkovacího kalendáře  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) je proti nákaze imunní |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c) se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Toto potvrzení se vydává zákonnému zástupci na základě § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraněveřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, v souvislostis podáním žádosti k přijetí dítěte do dětské skupiny. |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| V……………………………. Dne……………………………. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | ………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |  |  |  |  podpis a razítko dětského lékaře |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |