**Potvrzení praktického dětského lékaře o očkování**

Jméno a příjmení dítěte: ………………………………..

Datum narození: ………………………………..

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, ANO - NE
2. nebo je dítě proti nákaze imunní , ANO - NE
3. nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci. ANO - NE

Datum:

Podpis a razítko lékaře