

**Základní škola a Mateřská škola Bělotín, příspěvková organizace
Bělotín 2, 75364**

**POTVRZENÍ LÉKAŘE
o povinném očkování**

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Datum narození:

.....

Trvalé bydliště:

.....

V souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů:

Potvrzuji, že výše jmenované dítě:

a/ je řádně očkováno dle očkovacího kalendáře ano x ne

b/ je proti nákaze imunní ano x ne

c/ se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci ano x ne

V Dne.....

Podpis a razítko dětského lékaře

.....

