

POTVRZENÍ LÉKAŘE

(slouží jako příloha k žádosti rodičů o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do Mateřské školy Praha – Radotín)

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Potvrzení o povinném zákonném očkování dítěte

(dle § 50, zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů)

Dítě **má / nemá** všechna povinná očkování.

Další údaje lékaře:

(zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji, léky aj.)

V _____ dne _____

razítko a podpis lékaře