Mateřská škola speciální, základní škola speciální
a praktická škola Ibsenka Brno, příspěvková organizace

POTVRZENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte:……

Bydliště:…….

Datum narození:…….

- ☐ Se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování
- ☐ Je proti nákaze imunní
- ☐ Se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

Potvrzení se vydává na žádost zákonného zástupce pro potřeby přijetí dítěte do mateřské školy jako povinný doklad podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon a zákona č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V_____dne_____

_____

razítko a podpis lékaře

Mateřská škola speciální, základní škola speciální
a praktická škola Ibsenka Brno, příspěvková organizace
IČ 605 55 998
tel.: 548 522 898, mail: hanak@ibsenka.cz