

Vyplňuje lékař: Vyjádření lékaře k očkování dítěte

Jméno:

Příjmení:.....

Datum narození:

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním určených lékařem</p> <p><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE dítě má doklad, že je proti nákaze imunní</p> <p><input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE dítě má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).</p> |
|---|

Potvrzuji, že dítě je očkováno v souladu s ustanovením § 50, zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpis

ANO NE

Závažné údaje o zdravotním stavu (dítě užívá léky, alergik, potravinová alergie, nutnost dietního stravování), epileptik, zdr. znevýhodnění vyžadující zvláštní podmínky zařazení do kolektivu)

.....

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

V Praze dne :

Podpis zákonného zástupce