

POTVRZENÍ LÉKAŘE o povinném očkování

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte.....

Datum narození.....

Bydliště.....

je řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

V Praze dne.....

Razítko a podpis dětského lékaře

POTVRZENÍ LÉKAŘE o zdravotním stavu dítěte při nástupu do MŠ

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte.....

Datum narození.....

Bydliště.....

k dnešnímu dni nevykazuje žádné příznaky onemocnění a může se začlenit do kolektivu dětí.

Toto potvrzení musí být vystaveno v den nástupu dítěte do MŠ!

V Praze dne.....

Razítko a podpis dětského lékaře