

## POTVRZENÍ LÉKAŘE o povinném očkování

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte.....

Datum narození.....

Bydliště.....

je řádně očkováno dle očkovacího kalendáře.

V ..... dne.....

Razítko a podpis dětského lékaře .....