

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Potvrzuji, že .....(jméno a příjmení dítěte),

narozen(a).....,

bytem .....

se podrobil(a) stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (§ 46 a 50 odst. 1 zákona č.258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů).

### Další vyjádření lékaře:

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| - Zdravotní   | ANO | NE |
| - Tělesné   | ANO | NE |
| - Smyslové  | ANO | NE |
| - V jiné oblasti (jaké)   | ANO | NE |
| - Jiná závažná sdělení o dítěti (odchylky v psychomotorickém vývoji, chronické onemocnění - jaké) | ANO | NE |
| - Alergie na léky, potraviny a jiné   | ANO | NE |
| - Pravidelné užívání léků   | ANO | NE |

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

**razítko a podpis lékaře**