**POTVRZENÍ LÉKAŘE**

(slouží jako příloha k žádosti rodičů o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do Mateřské školy Praha – Lochkov)

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |

**Potvrzení o povinném zákonném očkování dítěte**

*(dle § 50, zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů)*

Dítě **má / nemá** všechna povinná očkování.

**Další údaje lékaře:**

*(zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji, léky aj.)*

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis lékaře