

POTVRZENÍ DĚTSKÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Potvrzuji, že (jméno a příjmení dítěte)

nar.

trvalým pobytem

se podrobil/a všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

Dne:

Podpis a razítko lékaře: