

## P o t v r z e n í

Potvrzuji tímto, že se dítě..... nar. ....

podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, nebo je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Dne

.....  
razítko a podpis dětského lékaře