**Potvrzení o očkování:**

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

……………………………., se podrobil(a) všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře pro děti a dorost:

 datum ……………………………………