



MATEŘSKÁ ŠKOLA MOZAIKA JIHLAVA
Březinova 114, příspěvková organizace

POTVRZENÍ O OČKOVÁNÍ DÍTĚTE PRO ÚČELY PŘIJETÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY*

Identifikační údaje dítěte: (vyplní zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa trvalého pobytu:	

Vyplní dětský lékař: (zaškrtněte)

- Dítě je řádně očkováno
- Dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci
- Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/200Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

.....
Datum vydání

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb

*Formulář platí i pro přijímání dětí do oddělení péče o děti od 1-2 let v pracovišti Seifertova 4a.