



POTVRZENÍ OČKOVÁNÍ

Potvrzuji, že

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Bydliště:	

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

V..... dne:.....



Razítko a podpis lékaře: