

Potvrzení lékaře o řádném očkování dítěte

pro Mateřskou školu Myslejovice

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

absolvovalo v řádném termínu všechna stanovená pravidelná očkování

u dětského pediatra.

Razítko a podpis lékaře:

V.....