

**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.....