**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU - Očkování**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: | | |
| Datum narození: | | |
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka) | ANO | NE |
| *nebo* |  |  |
| je proti nákaze imunní | ANO | NE |
| *nebo* |  |  |
| nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci | ANO | NE |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum |  | Razítko a podpis lékaře |