****

**Základní škola a Mateřská škola Tršice, příspěvková organizace**

**🖃 Tršice 183, PSČ: 783 57 IČ: 731 84 675**

**🕾: ředitelství 585 957 135 budova 1. stupně 585 957 170 🖂: zstrsice@zstrsice.cz**

 **sekretariát 585 750 268 školní družina 585 751 982 mstrsice@seznam.cz**

 **MŠ 775 357 112 školní jídelna 585 412 640 www.zstrsice.cz**

**POTVRZENÍ LÉKAŘE O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**

**Potvrzuji, že dítě:**

**Jméno a příjmení: ………………………………………………………**

**Datum narození: ………………………………………………………..**

**Bydliště: ………………………………………………………………..**

*Zakroužkujte prosím*

1. **se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním.**
2. **nebo je proti nákaze imunní,**
3. **nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.**

**V ……………………. dne ……………………………**

**Razítko a podpis lékaře:**