

POTVRZENÍ LÉKAŘE O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

Potvrzují, že dítě :

Jméno a příjmení :

Datum narození :

Bydliště :

*absolvovalo v řádném termínu všechna stanovená pravidelná očkování
u dětského pediatra.*

Razítko a podpis lékaře :

Vdne.....