

**VI. Čestné prohlášení (nahrazuje vyjádření dětského lékaře):**

**Jméno dítěte:**.....

**Datum narození:**.....

**1, Dítěti JE x NENÍ** diagnostikováno mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

<sup>\*)</sup> hodící se zakroužkujte

**2, Dítě je řádně očkováno** (požadavek dle § 34 odst. 5 zák. 561/2004 Sb. ve spojení s § 50 zák. č. 258/2000 Sb. o veřejném zdraví): **ANO x NE**

<sup>\*)</sup> hodící se zakroužkujte

V případě, že dítě nebylo očkováno podle očkovacího kalendáře, musí zákonný zástupce kontaktovat na dálku dětského lékaře a vyžádat si od něj potvrzení, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci
---

**3, Jiná závažná sdělení o dítěti**.....

.....  
.....

**4, Alergie**.....

.....  
.....

**PŘÍLOHA: KOPIE OČKOVACÍHO PRŮKAZU!!!!**

V Praze, dne.....

.....  
Podpis zákonného zástupce