Prohlašuji, že \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se podrobil/a všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

Příloha: **kopie očkovacího průkazu**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zákonného zástupce