**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že (*jméno a příjmení dítěte*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se podrobil/a všem stanoveným pravidelným očkováním

podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

Příloha: kopie očkovacího průkazu

V ……………………………………….. dne ………………………………….

Jméno a podpis zákonného zástupce: