



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA LICHNOV,
OKRES NOVÝ JIČÍN, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Příloha k žádosti o přijetí k celodennímu/polodennímu předškolnímu vzdělávání

Potvrzení lékaře – očkování

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození	
Adresa trvalého pobytu	

Dítě je řádně očkováno:

ANO x NE

V _____ dne _____

_____ podpis a razítko lékaře