



**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA KATEŘINICE, okres Vsetín**

**čp. 154**

**756 21 KATEŘINICE**

**tel.: 571 442 814 (ZŠ) \* 571 442 825 (MŠ)**

**e-mail: zsams@katerinice.eu**

**www: skola.obeckaterinice.cz**

## Čestné prohlášení o očkování dítěte

Prohlašuji, že níže uvedené dítě, jehož jsem zákonným zástupcem, se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného zdraví. Nedílnou součástí tohoto prohlášení je kopie očkovacího průkazu.

### ŽADATEL (DÍTĚ)

Jméno a příjmení:					
Bydliště:					
Rodné číslo:			Místo narození:		
Státní občanství:		Státní příslušnost:		Kód pojišťovny:	

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE ŽADATELE

Jméno a příjmení:	
Podpis:	

### PŘEVZETÍ PROHLÁŠENÍ V ZÁKLADNÍ ŠKOLE A MATEŘSKÉ ŠKOLE KATEŘINICE, OKRES VSETÍN

Datum:		Pověřená osoba:	
--------	--	-----------------	--

*šedá pole vyplňuje škola*