**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Potwierdzam niniejszym, iż dziecko:

Imię i nazwisko dziecka: …........................................................................................................

Miejsce zamieszkania: …................................................................................................................................

Data urodzenia: ….........................................................

**a/ zostało poddane określonemu regularnemu szczepieniu 1)**

**b/ i jest odporne na zachorowanie na 1)**

**c/ nie może poddać się szczepieniu ze względu na trwałe przeciwwskazania 1)**

Niniejsze potwierdzenie zostaje wydane na wniosek rodziców na potrzeby przyjęcia dziecka do przedszkola jako dokument obowiązkowy zgodnie z ustawą nr 561/2004 DzU, ustawa o edukacji nr 258/2000 DzU, o ochronie zdrowia publicznego.

Cytat z ustawy:

§ 34 ust. 5 ustawy nr 561/2004 DzU., - „ Przed przyjęciem dzieci do kształcenia przedszkolnego należy przestrzegać warunków określonych w specjalnych przepisach prawa 22)“. Zob. następny odsyłacz.

§ 50 ustawy nr 258/2000 DzU., - „Placówki przedszkolne mogą przyjąć jedynie dziecko, które zostało poddane określonym regularnym szczepieniom, posiada potwierdzenie, iż jest odporne na zakażenie lub nie może zostać poddane szczepieniu ze względu na trwałe przeciwwskazanie.“

1) \*niepotrzebne skreślić