

Liječnik: _____

Dom zdravlja / ambulanta: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Radno vrijeme: _____

POTVRDA O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM ZDRAVSTVENOM PREGLEDU PREDŠKOLSKOG DJETETA PRIJE UPISA U DJEČJI VRTIĆ

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec, godina rođenja: _____

JMBG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sistematski pregled obavio liječnik DA NE

Sistematski pregled obavio stomatolog DA NE

Dijete je redovito cijepljeno DA NE

Razlozi zbog kojih nije provedeno cijepljenje:

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću: POTREBNE SU NISU POTREBNE

NAPOMENE:

DIJETE JE SPOSOBNO ZA POHAĐANJE DJEČJEG VRTIĆA: DA NE

Datum _____

Faksimil i potpis liječnika

