

Vyjádření lékaře:

(prosíme zatrhněte odpovídající skutečnost)

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození dítěte:.....

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- zdravotní
- tělesné
- smyslové
- jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Potvrzení o pravidelném očkování:

Alergie:

Trvale užívané léky:

Dieta:

V....., dne.....

razítko a podpis lékaře

Potvrzuji pravdivost a úplnost všech uvedených údajů. Veškeré změny osobních a zdravotních údajů zde uvedených jsem povinen co nejdříve oznámit vedoucímu zařízení.

V....., dne.....

podpis rodiče

podpis rodiče