

POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

Meno a priezvisko dieťaťa

Dátum narodenia Rodné číslo.....

Adresa..... Národnosť.....

Zdrav.poist'ovňa

Meno ošetrujúceho lekára dieťaťa

Tel.č.

Prehlásenie:

A) Ako ošetrujúci lekár dieťaťa potvrdzujem, že u dieťaťa ° neboli-boli zistené a diagnostikované:

vrodené vývojové chyby, ADHD, detská mozgová obrna, astma, epilepsia, solárna alergia, alergia na poštípnutie hmyzom, že dieťa nevyžaduje špeciálnu diétu (diabetes, alergia na lepok) a neprekonalo závažné operácie.

B) Vyhlasujem, že som nič nezamlčal a všetky mnou uvedené údaje sú pravdivé.

Ako ošetrujúci lekár potvrdzujem, že dieťa ° je – nie je spôsobilé navštevovať predškolské zariadenie.

Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára dieťaťa