ЗДРАВСТВЕНА ПОТВРДА ЗА ПРИЈЕМ У ПРЕДШКОЛСКУ УСТАНОВУ

Име и презиме детета_____

Датум рођења_____

Име и презиме једног родитеља_____

Брис грла и носа_____

Да ли је дете уредно вакцинисано у складу са узрастом_____

Ако није, разлог и рок одлагања вакцине_____

_____

Напомена лекара (Алергије и друге сметње код детета)_____

_____

Прегледано у здравственој установи_____

ЗАКЉУЧАК:
На основу анамнезе и налаза, дете нема здравствених сметњи за пријем у предшкослку установу.

У _____,

дана_____

_____
Потпис и факсимил педијатра