

Liječnik: _____

Ordinacija: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Radno vrijeme: _____

POTVRDA O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM ZDRAVSTVENOM PREGLEDU PREDŠKOLSKOG DJETETA PRIJE UPISA U DJEČJI VRTIĆ¹

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec, godina rođenja: _____

OIB | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Obavljen sistematski pregled kod liječnika

DA

NE

Obavljen sistematski pregled doktora dentalne medicine

DA

NE

Dijete je uredno (redovito) cijepljeno

DA

NE

Razlozi zbog kojih nije provedeno cijepljenje:

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću: POTREBNE SU NISU POTREBNE

NAPOMENE:

DIJETE ISPUNJAVA ZDRAVSTVENE UVJETE ZA UPIS U DJEČJI VRTIĆ: DA NE

Datum _____

Faksimil i potpis liječnika _____