

Liječnik: \_\_\_\_\_

Ordinacija: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Radno vrijeme: \_\_\_\_\_

## **POTVRDA O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM ZDRAVSTVENOM PREGLEDU PREDŠKOLSKOG DJETETA PRIJE UPISA U DJEČJI VRTIĆ<sup>1</sup>**

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 \_\_\_\_\_