

Liječnik: _____

Dom zdravlja / ambulanta: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Radno vrijeme: _____

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

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec, godina rođenja: _____

MBG/OIB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sistematski pregled obavio liječnik **DA** **NE**Sistematski pregled obavio stomatolog **DA** **NE**Dijete je redovito cijepljeno **DA** **NE**

Razlozi zbog kojih nije provedeno cijepljenje:

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću: **POTREBNE SU** **NISU POTREBNE**

NAPOMENE:

DIJETE JE SPOSOBNO ZA POHAĐANJE DJEČJEG VRTIĆA: **DA** **NE**

Datum _____

Faksimil i potpis liječnika _____

