

Liječnik: _____

Dom zdravlja/ambulanta: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Radno vrijeme: _____

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

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec, godina rođenja: _____

JMBG/OIB: _____

Sistematski pregled obavio liječnik: DA NE

Sistematski pregled obavio stomatolog: DA NE

Dijete redovito cijepljeno: DA NE

Razlozi zbog kojih nije prevedeno cijepljenje:

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću: POTREBNE SU NISU POTREBNE

Napomene:

Dijete je sposobno za pohađanje dječjeg vrtića: DA NE

Datum: _____

M.P.

(potpis liječnika)