



ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA:.....

PESEL:.....

DOKŁADNY ADRES ZAMIESZKANIA

DZIECKA:.....

.....

ROZPOZNANIE:

.....

.....

.....

OGÓLNY STAN ZDROWIA DZIECKA:

.....

.....

.....

.....

.....

DATA, PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA