

Lubin, dnia.....

.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

### **INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

#### Opis stanu zdrowia dziecka

Dziecko jest \*:

- 1) zdrowe
- 2) chore i wymaga leczenia szpitalnego

Uwagi:.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(podpis lekarza, ratownika medycznego  
lub pielęgniarki)

\* właściwe zaznaczyć