

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dane o stanie zdrowia dziecka, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym dziecka

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zaświadcza się, że dziecko może / nie może* uczęszczać do żłobka.

Lubin, dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

** niepotrzebne skreślić*