Prilog 1.

Liječnik: _____

Ordinacija: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Radno vrijeme: _____

POTVRDA O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM ZDRAVSTVENOM PREGLEDU PREDŠKOLSKOG DJETETA PRIJE UPISA U DJEČJI VRTIĆ [1]

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec, godina rođenja: _____

OIB |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Obavljen sistematski pregled kod liječnika	**DA**	**NE**
Obavljen sistematski pregled doktora dentalne medicine	**DA**	**NE**
Dijete je uredno (redovito) cijepljeno	**DA**	**NE**

Razlozi zbog kojih nije provedeno cijepljenje:

_____

_____

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću: POTREBNE SU NISU POTREBNE

NAPOMENE:

DIJETE ISPUNJAVA ZDRAVSTVENE UVJETE ZA UPIS U DJEČJI VRTIĆ: DA NE

Datum _____

_____

Faksimil i potpis liječnika

Narodne novine d.d., Zagreb – (38) **110018**
Oznaka za narudžbu: **UT-XI-2-30**

3 850157 067367