Prilog 1.

Liječnik: _____

Dom zdravlja / ambulanta: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Radno vrijeme: _____

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

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec, godina rođenja: _____

MBG/OIB |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sistematski pregled obavio liječnik	**DA**	**NE**
Sistematski pregled obavio stomatolog	**DA**	**NE**
Dijete je redovito cijepljeno	**DA**	**NE**

Razlozi zbog kojih nije provedeno cijepljenje:

_____

_____

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću: POTREBNE SU NISU POTREBNE

NAPOMENE:

DIJETE JE SPOSOBNO ZA POHAĐANJE DJEČJEG VRTIĆA: **DA** **NE**

Datum _____

_____

Faksimil i potpis liječnika

Narodne novine d.d., Zagreb – (26) **110018**
Oznaka za narudžbu: **UT-XI-2-30**

3 850157 067367