

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: _____

OIB _____

Sistematski pregled obavio liječnik **DA** **NE**

Sistematski pregled obavio stomatolog **DA** **NE**

Dijete 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/