



POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE
K POBYTU V DĚTSKÉ SKUPINĚ JESLE KLÁŠTEREC
Dlouhá 540, 431 51 Klášterec nad Ohří

Jméno a příjmení:	
Zdravotní pojišťovna:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE	
Dítě je řádně očkováno:	
Dítě vyžaduje speciální péči:	
V	dne
Podpis a razítko lékaře:	