

DĚTSKÁ SKUPINA NEONKA

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození, R.Č.	
Číslo zdravotní pojišťovny	

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Kontaktní osoba při náhlé situaci	
Dětský lékař, telefon	
Vyjádření dětského lékaře (+ očkování) (případné chronické potíže, alergie, dietní požadavky, nějaké jiné omezení)	

Místo	Datum	Podpis