Maloleté dieťa : .....
Meno a priezvisko

Narodený/á: .....
Deň, mesiac a rok miesto okres

Trvalý pobyt (súčasný pobyt): .....

Bezinfekčnosť prostredia:.....

Potvrdzujem: **pozitívne/negatívne**

TT: .....

TN: .....

TR: .....

Alergia na lieky: .....

Akými ochoreniami dieťa trpí v súčasnej dobe:

Pomočovanie: .....

Svrab: .....

Pedikulóza: .....

Pred nástupom do zariadenia sa vyžaduje potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa od ošetrujúceho lekára, ktoré nesmie byť staršie ako 2 dni (pedikulóza, svrab).

V Bratislave, dňa..... .....
Podpis a pečiatka lekára