

ДОМ ЗДРАВЉА „НОВИ САД“

Број здравственог картона детета

ПОТВРДА

Дете _____, рођено _____,
(Презиме и име)

уредно је вакцинисано и психофизички способно за пријем у Предшколску установу.

Дете има сметње у развоју:

(навести које)

Датум издавања потврде

М.П.

Потпис и факсимил лекара