

ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА НА ДЕТЕТО (пополнува матичен лекар)

Име и презиме на детето	
Датум и место на раѓање	

1. Детето е уредно вакцинирано	Да Не
2. Детето има потешкотии со (да се заокружи)	1.видот 2.слухот 3.говорот 4.движењете и моториката
3. Дали детето има алергиска реакција:	Ако има, да се наведе _____ _____
4. Дали детето треба да биде на посебна исхрана	Да Не
5. Дали детето има дијабетес?	Да Не
6. Дали детето има хронично заболување?	Да Не
7. Дали детето редовно прима лекови? ¹	Да Не
9. Контакт телефон на матичен лекар	

Име и презиме на матичен лекар

Контакт телефон :

Потпис и факсимил на матичен лекар

_____ 20__ година
(Датум)
