

POTVRZENÍ O LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE

JMÉNO:.....

PŘÍJMENÍ:.....

RODNÉ ČÍSLO:.....

VYŠETŘEN DNE:.....

Očkování:.....

Alergie:.....

Jiné:.....

Je – není zdrav/a a schopen/na docházky do mateřské školy.

razítko, podpis