

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti absolvovať predprimárne vzdelávanie.

Meno dieťaťa:

Dátum narodenia:

Dieťa absolvovalo povinné očkovanie:    ÁNO        NIE

Vyjadrenie lekára:

Dátum:

Pečiatka a podpis lekára: