

## Zdravotný dotazník dieťaťa

Meno dieťaťa	
Dátum narodenia	

V núdzovom prípade informovať	Meno: Tel. kontakt:
Detský lekár	Meno: Tel. kontakt:
Lieky	
Alergie	
Zdravotné obmedzenia	
Detské ochorenia	
Očkovania	Tetanus, Záškrt , Čierny kašeľ ,Žltáčka, Detská obrna, Osýpky, Mumps, Rubeola, Kliešťová meningoencefalitída, iné - _____
Osobitosti vo vývoji	

Dátum: .....

.....

Podpis zákonného zástupcu

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa.

.....  
.....  
.....

Dátum: .....

.....

Podpis a pečiatka