

ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА НА ДЕТЕТО (пополнува матичен лекар)

Име и презиме на детето	
Датум и место на раѓање	

1. Вакцинален статус	Примени вакцини според личен картон за извршена имунизација: _____ _____ _____ _____
2. Детето има потешкотии со (да се заокружи)	1.видот 2.слухот 3.говорот 4.движењето 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)
