**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE**

**dieťaťa pred prijatím do zariadenia starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa**

Meno a priezvisko: .................................................................... Dátum narodenia: .............................

Trvalý pobyt: ..............................................................................................................................................

Číslo zdravotnej poisťovne: ........................................................

Navštevuje dieťa odbornú ambulanciu – ak áno akú? ................................................................................

Prejavuje sa u dieťaťa nejaký druh alergie? ...............................................................................................

Očkovanie: ................................................................................................................................................

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

Potvrdzujem, že zdravotný stav dieťaťa je: .................................................................................................

Dieťa je spôsobilé navštevovať zariadenie starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa:

Áno [ ]  Nie [ ]

V Banskej Bystrici, dňa …..................................

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

 podpis rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa

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

 podpis a pečiatka lekára