



MESTO BANSKÁ BYSTRICA

MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí

Príloha č. 2
k Žiadosti o poskytnutie
ambulantnej sociálnej služby
v zariadení starostlivosti
o deti do 3 rokov veku dieťaťa

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

