



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

