

Koprzywnica, dnia.....

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania

Opis stanu zdrowia dziecka

Dziecko jest *:

- 1) zdrowe
- 2) chore i wymaga leczenia szpitalnego

Uwagi:.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis lekarza, ratownika medycznego lub pielęgniarki)

* zaznaczyć właściwe