

ДОМ ЗДРАВЉА "НОВИ САД

Број здравственог картона детета _____

ПОТВРДА

Дете _____, рођено _____
(Презиме и име)

Уредно је вакцинисано и може да се прими у Предшколску установу

Дете има сметње у развоју:

1. Успорен психомоторни развој
2. Говорно-језичке сметње
3. Интелектуалне сметње
4. Телесна ометеност (покретно, полупокретно, непокретно)
5. Слепи и слабовиди
6. Глуви и наглуви
7. Проблеми у понашању и емоционалном развоју
8. Аутизам и первазивни развојни поремећаји
9. Хронично обољење (епилепсија, дијабетес...)
10. Вишеструке сметње
11. Остало _____

_____ Датум издавања потврде

М.П.

_____ Потпис и факсимил лекара