

ДОМ ЗДРАВЉА "НОВИ САД"

Број здравственог картона детета

**ПОТВРДА**

Дете \_\_\_\_\_, рођено \_\_\_\_\_,  
(Презиме и име)

уредно је вакцинисано и психофизички способно за пријем у Предшколску установу.

Дете има сметње у развоју:

\_\_\_\_\_  
(навести које)

\_\_\_\_\_  
Датум издавања потврде

М.П.

\_\_\_\_\_  
Потпис и факсимил лекара

ДОМ ЗДРАВЉА "НОВИ САД"

Број здравственог картона детета

**ПОТВРДА**

Дете \_\_\_\_\_, рођено \_\_\_\_\_,  
(Презиме и име)

уредно је вакцинисано и психофизички способно за пријем у Предшколску установу

Дете има сметње у развоју:

\_\_\_\_\_  
(навести које)

\_\_\_\_\_  
Датум издавања потврде

М.П.

\_\_\_\_\_  
Потпис и факсимил лекара