

ZDRAVOTNÍ KARTA

Jméno dítěte: _____

Třída: _____

Datum narození: _____

Zdravotní potíže: _____

Léky + dávkování: _____

Kontakt, na kterém jsou zákonní zástupci k zastížení v případě nutnosti:

Matka: _____

Otec: _____

Ostatní: _____

Datum:

Podpis zákonného zástupce: