

## تاییدیه پزشک اطفال/پزشک خانواده

بدینوسیله تایید می کنیم که معاینه پزشکی

نام و نام خانوادگی کودک

..... نام خانوادگی

..... نام کوچک

..... تاریخ تولد

..... کلاس

..... مدرسه

نام و نام خانوادگی اولیای قانونی

..... نام خانوادگی

..... نام کوچک

..... نشانی

..... نام خانوادگی

..... نام کوچک

..... نشانی

را در مدرسه انجام داده ام.

را در مدرسه انجام خواهم داد، در تاریخ: .....

..... مکان و تاریخ

.....

مهر و امضای پزشک