

**Potvrda liječnika/liječnice odnosno obiteljskog liječnika/obiteljske  
liječnice**

Ovim potvrđujem da

sam obavio/la

ću obaviti (datum): .....

**Iječnički pregled** djeteta

Prezime i ime djeteta

Prezime .....

Ime .....

Datum rođenja .....

Razred .....

Školska zgrada .....

Prezime i ime staratelja

Prezime .....

Ime .....

Adresa .....

Prezime .....

Ime .....

Adresa .....

Mjesto i datum .....

.....

Pečat i potpis liječnika/liječnice