

## Potvrda pedijatra odn. porodičnog lekara

Ovim potvrđujem da

sam izvršio/la

ću izvršiti (datum): .....

**lekarski pregled** deteta

Prezime i ime deteta

Prezime .....

Ime .....

Datum rođenja .....

Razred .....

Školska zgrada .....

Prezime i ime staratelja

Prezime .....

Ime .....

Adresa .....

Prezime .....

Ime .....

Adresa .....

Mesto i datum .....

.....

Pečat i potpis lekara