

Підтвердження від педіатра (в т.ч. від сімейного лікаря)

Цим я підтверджую, що **шкільний медичний огляд** для

Прізвище та ім'я дитини

Прізвище

Ім'я

Дата народження

Клас

Навчальний заклад

Прізвище та ім'я законного представника

Прізвище

Ім'я

Адреса

Прізвище

Ім'я

Адреса

було проведено

буде проведено (дата):.....

Місце і дата

.....

Печатка та підпис лікаря