

Cieszyn, dnia .....

## INFORMACJA

Imię i nazwisko dziecka .....

U dziecka w czasie pobytu w Żłobku zaobserwowano następujące objawy, mogące sugerować chorobę:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prosimy o niezwłoczne skonsultowanie w/w objawów z lekarzem POZ oraz dostarczenie potwierdzenia konsultacji do Żłobka

.....  
(podpis pielęgniarki)

.....  
(podpis Dyrektora Żłobków Miejskich)

- 
1. Stan zdrowia dziecka pozwala na bezpieczne uczęszczanie do Żłobka \_\_\_\_ Tak/Nie
  2. Stan zdrowia dziecka powoduje, że może zagrażać zdrowiu innych dzieci \_\_ Tak/Nie
  3. Dziecko może ponownie uczęszczać do Żłobka od .....

Data konsultacji lekarskiej .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)