

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)