

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO /PEDIATRY O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL .....

1. Czy dziecko może uczęszczać do żłobka \_\_\_\_\_ Tak/Nie
2. Czy rozwój psychofizyczny dziecka przebiega prawidłowo \_\_\_\_\_ Tak/Nie
3. Czy dziecko choruje przewlekle \_\_\_\_\_ Tak/Nie
4. Czy dziecko z uwagi na stan zdrowia wymaga szczególnej opieki  
(z uwagi na szczególne zalecenie dietetyczne, pielęgnacyjne itp.) \_\_\_ Tak/Nie
5. Zalecenia dietetyczne:
  - dieta małego dziecka,
  - dieta eliminacyjna z wykluczeniem następujących produktów:.....

6. Szczególne zalecenia lekarskie dotyczące karmienia, pielęgnacji, konieczności podawania leków w trakcie pobytu w Żłobku.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Cieszyn, dnia .....

.....  
pieczęć poradni

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)