Materská škola Cabaj – Čápor, časť Cabaj č. 560, 951 17

POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

Meno a priezvisko : ...............................................................................................

Dátum narodenia dieťaťa : ....................................................................................

Potvrdzujem, že dieťa je zdravé a môže navštevovať kolektív materskej školy po chorobe.

od ........................................... .......................................................

 podpis a pečiatka lekára