Materská škola, Kostolná ulica 560/13, Cabaj-Čápor

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