

Дом здравља Голубац  
Педијатријска служба  
Број здравственог картона  
детета \_\_\_\_\_  
датум и година \_\_\_\_\_

УПУТ  
ЗА ПРЕДШКОЛСКУ УСТАНОВУ

Име, презиме и старост детета \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; име презиме и адреса једног од  
родитеља \_\_\_\_\_.

Дете се упућује (подвући)  
- први пут  
- после прележане болести  
- после одсуства из других разлога.

Ако је дете одсуствовало због болести, навести дијагнозу болести  
\_\_\_\_\_.

Клинички налаз: \_\_\_\_\_  
Брис из носа и грла \_\_\_\_\_  
Преглед столице на паразите \_\_\_\_\_  
Извршене обавезне имунизације \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

З а к љ у ч а к

Дете се може примити у предшколску установу.

Печат, факсимил и  
потпис лекара

\_\_\_\_\_