

## Upozornění zákonných zástupců na zdravotní stav dítěte

Alergie na \_\_\_\_\_

Užívání léků (název) \_\_\_\_\_

Doba užívání \_\_\_\_\_

Zde prosím nalepte kopii obou stran průkazu zdravotní pojišťovny vašeho dítěte:

kopie 1. strany průkazu ZP	kopie 2. strany průkazu ZP
----------------------------	----------------------------

Prohlašuji, že obsah tohoto prohlášení odpovídá skutečnosti.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce dítěte