

Cieszyn, dnia .....

## INFORMACJA

.....  
Imię i nazwisko dziecka

U dziecka w czasie pobytu w Żłobku zaobserwowano następujące objawy, mogące sugerować chorobę:.....

.....  
.....  
.....  
.....

Prosimy o niezwłoczne skonsultowanie w/w objawów z lekarzem POZ oraz dostarczenie potwierdzenia konsultacji do Żłobka

.....  
Podpis pielęgniarki

.....  
Podpis Dyrektora

Stan zdrowia dziecka pozwala na bezpieczne uczęszczanie do Żłobka TAK / NIE

Stan zdrowia dziecka powoduje, że może zagrażać zdrowiu innych dzieci TAK / NIE

Dziecko może ponownie uczęszczać do Żłobka od .....

Data konsultacji lekarskiej .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza