

**RODITELJSKA POTVRDA
O ZDRAVSTVENOM STANJU PREDŠKOLSKOG DJETETA NAKON BOLESTI***

Pod punom osobnom odgovornošću izjavljujem da su podaci koje podnosim istiniti i ne dovode u pitanje zdravlje mog djeteta niti druge djece u skupini te da je moje dijete sposobno bez zdravstvenog rizika za ponovno priključivanje u skupinu djece u DV NEMO.

Ime i prezime djeteta _____

Dan, mjesec, godina rođenja _____

Izostao/la od _____ do _____

Razlog izostanka (opisno): _____

Datum _____

potpis roditelja _____

* Izostanak djeteta iz kolektiva (zbog blage, samoograničavajuće bolesti koja ne zahtijeva pregled liječnika) u trajanju do 3 dana kontinuirano, što uključuje i dane vikenda, ispričava sam roditelj

