

Jméno a příjmení:

Datum nar. **RČ:** **Zdrav. pojišťovna:**.....

Adresa bydliště:

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte:

Telefonní kontakt (zákonného zástupce) :

Jméno a kontakt dětského lékaře :

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| Alergie sezónní (prach, pyl....) | |
| Alergie na léky | |
| Alergie na potraviny (podloženo lékařskou zprávou) | |
| Prodělané dětské nemoci | |
| Úrazy | |
| Operace | |
| Pravidelná medikace (jaké léky dítě pravidelně užívá a jejich dávkování) | |
| Jiná závažná anamnestická data | |

Datum:

Podpis: