

.....
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub prywatnej praktyki/

.....
/miejsowość, data/

Imię i nazwisko dziecka

Badania lekarskie

1. Rozwój fizyczny:
 - a) wiek fizjologiczny
 - b) wysokość ciała
 - c) ciężar ciała

2. Aktualnie występujące dolegliwości:
.....
.....
.....

3. Odchylenia od normy stwierdzone badaniami przedmiotowymi:
.....
.....
.....
.....

4. Rozpoznanie:
.....
.....
.....
.....

5. Wskazania
.....
.....
.....
.....

Data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Data wpływu.....podpis przyjmującego.....