SUGLASNOST RODITELJA/SKRBNIKA O ZDRAVSTVENOM STANJU DJETETA

Ja, _____ (ime i prezime roditelja/skrbnika) rođen/a _____, OIB _____, kao roditelj/skrbnik djeteta:

Ime i prezime djeteta: _____
Datum rođenja: _____

ovim putem izjavljujem i potvrđujem sljedeće da moje dijete:

☐ **ne boluje od alergija**

☐ **ne boluje od kroničnih bolesti**

☐ **nema posebne zdravstvene potrebe**.

☐ Dijete **ima alergije, kronične bolesti ili posebne zdravstvene potrebe**, koje navodim u nastavku (molimo detaljno opisati):

_____
_____
_____
_____

(uključujući, po potrebi: vrstu alergije, terapiju, lijekove koje dijete koristi, posebne upute u slučaju zdravstvenih poteškoća)

Izjavljujem da su svi navedeni podaci **točni i potpuni**, te da ću pravovremeno obavijestiti zdravstvenu voditeljicu o svim promjenama vezanim uz zdravstveno stanje djeteta.

U _____, dana _____ godine

Potpis roditelja/skrbnika: _____