

100 na nu (+ margins)

Data zarej.

KARTA ZDROWIA DZIECKA

Nazwisko Imię
Plec M Z

Data urodzenia	Adres
----------------------	-------------

Uczęszcza do (adres) żłobka
od do (wiek)

Przedszkola od do (wiek) Szkoły (adres)

Opieką domowa	Imię i nazwisko	Wykonywany zawód	Sytuacja materialna i warunki społeczne środowiska domowego
ojciec			
matka			
inni opiekun			

Wywiad rodzinny do czasu zarejestrowania dziecka

Kolejność i przebieg ciąży i porodu:

Kolejność i przebieg ciąży i porodu:

