



IZJAVA

Ja _____ roditelj/skrbnik/udomitelj

djeteta _____ ovime izjavljujem da

kod odabranog pedijatra _____ nisam

uspio/jela za svoje dijete ishodovati potvrdu o obavljenom sistematskom zdravstvenom pregledu djeteta (provjeru urednog cijepljenja).

Vlastoručni potpis
