WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIA

Nazwisko i imię ucznia:

Data	Klasa/wiek	Obserwacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

Mz/HSz-11a-03 Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIA

Nazwisko i imię ucznia:

Data	Klasa/wiek	Obserwacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis