**Образац 1**

**ДОМ ЗДРАВЉА ЧАЧАК**

**Дечји диспанзер**

Број здравственог картона детета

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**П О Т В Р Д А**

**Дете\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, рођено\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Име и презиме детета)

Уредно је вакцинисано и може да се прими у предшколску установу ДА НЕ

Психофизички развој детата је уредан ДА НЕ

Дете има сметње у развоју:

1. Успорен психомоторни развој

2. Говорно-језичке сметње

3. Интелектуалне сметње

4. Телесна ометеност (покретно, полупокретно, непокретно )

5. Слепи и слабовиди

6. Глуви и наглуви

7. Проблеми у понашању и емоционалном развоју

8. Аутизам и первазивни развојни поремећаји

9. Хронично обољење (епилепсија, дијабетес...др) уписати\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Вишеструке сметње навести\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Остало\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум издавања потврде Потпис и факсимил

изабраног лекара