

## TÕEND

Kuupäev: .....

Mina, lapsevanem (ees- ja perekonnanimi) ..... kinnitan  
käesoleva dokumendiga, et minu laps (ees- ja perekonnanimi) .....

ei põe kroonilisi haigusi

põeb järgnevaid kroonilisi haigusi:

1. ....

2. ....

3. ....

ei tarvita igapäevaselt ravimeid

tarvitab igapäevaselt järgnevaid ravimeid:

1. ....

2. ....

3. ....

ei ole allergiline ravimitele ega muudele allergeenidele

on allergiline järgmistele ravimitele või allergeenidele (sh toidud, sisse hingatavad ained):

1. ....

2. ....

3. ....

on vaktsineeritud vastavalt kehtivale immuniseerimiskavale

ei ole vaktsineeritud järgmiste haiguste suhtes:

tuberkuloos

B-hepatiit

difteeria, teetanus, läkaköha

mumps, leetrid, punetised

on vaktsineeritud puukentsefaliidi vastu

ei ole vaktsineeritud puukentsefaliidi vastu

Allkiri: