



## 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).

Vlastoručan potpis

\_\_\_\_\_