

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko dziecka:.....

Wykaz alergii zdiagnozowanych przez lekarza lub w trakcie diagnozy:

| Rodzaj alergii | Objawy |
|----------------|--------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Miejscowość i data

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna

.....