

**МЕДИЧНА ДОВІДКА**  
**лікарсько-консультативної комісії**

\_\_\_\_\_ (найменування лікувально-профілактичного закладу, при якому утворена комісія)

**про огляд дитини, яка народилася поза закладом охорони здоров'я**

від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

№ \_\_\_\_\_

Дата взяття на облік дитини у закладі охорони здоров'я

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Імовірна дата народження дитини \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Стать дитини: хлопчик, дівчинка (необхідне підкреслити)

Під час взяття на облік: вага дитини \_\_\_\_\_, зріст дитини \_\_\_\_\_

стан здоров'я дитини \_\_\_\_\_

Голова комісії	_____	_____
	(підпис)	(ініціали та прізвище)
Члени комісії:	_____	_____
	(підпис)	(ініціали та прізвище)
	_____	_____
	(підпис)	(ініціали та прізвище)
Головний лікар	_____	_____
_____ 20__ р.	(підпис)	(ініціали та прізвище)
М.П.		
Одержувач довідки	_____	_____
_____ 20__ р.	(підпис)	(прізвище, ім'я та по батькові)