



seznam dětí, které se zúčastní vyšetření zraku dne _____

MŠ: _____ třída: _____

<i>příjmení dítěte</i>	<i>jméno dítěte</i>	<i>datum narození</i>	<i>podpis rodiče</i>

Screening zrakových vad provádíme ZDARMA.

Zákonný zástupce dává tímto souhlas s preventivním vyšetřením zraku. Tento jmenný seznam, ani výsledky měření nejsou dále zpracovávány ani archivovány.

poznámka: datum narození (stáří dítěte) je nezbytný údaj pro správné vyhodnocení výsledků měření
 Více informací naleznete na našem webu WWW.TYFLOKABINET-CB.CZ, nebo nás kontaktujte na tel. č. 721 344 962.