

Вітаємо у _____ дитячій поліклініці!

Будь ласка, заповніть цей бланк, щоб записати вашу дитину/дітей на прийом. Інформацію про час запису ми надішлемо вам СМС-повідомленням або листом. **Якщо ви маєте виписки з історії щеплень, будь ласка, візьміть їх з собою.**

Дитина 1

Ім'я: _____ Прізвище: _____

Дата народження: _____

Чи дитина отримала резервний номер? Так, її номер: _____
 Ні

Дитина 2

Ім'я: _____ Прізвище: _____

Дата народження: _____

Чи дитина отримала резервний номер? Так, її номер: _____
 Ні

Батько /мати 1

Ім'я: _____ Прізвище: _____

Резервний номер, батько/мати 1 Так, номер: _____
 Ні

Картка LMA/ Картка дозволу на проживання: Так, номер: _____
 Ні _____

Номер телефону, батько/мати 1: _____

Я розмовляю Шведською Англійською Українською Російською

Батько /мати 2

Ім'я: _____ Прізвище: _____

Резервний номер, батько/мати 2 Так, номер: _____
 Ні

Картка LMA/ Картка дозволу на проживання: Так, номер: _____
 Ні _____

Номер телефону, батько/мати 2: _____

Я розмовляю Шведською Англійською Українською Російською

Поточна адреса: _____

Родич/контактна особа, яка володіє англійською або шведською Так

Номер телефону родича/контактної особи:
