

# POTRDILO O UKINITVI MEDICINSKO INDICIRANE DIETE ZA OTROKA

IME IN PRIIMEK OTROKA: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

IME IN PRIIMEK ZDRAVNIKA, ki izda potrdilo: \_\_\_\_\_

ZDRAVSTVENA USTANOVA in PODROČJE DELA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

UKINITEV DIETE: \_\_\_\_\_

Datum izdaje potrdila: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis in žig zdravnika)