

Управление образования
Администрации города Иванова
муниципальное бюджетное
дошкольное образовательное учреждение
«_____»
Адрес: _____
Тел/факс: _____
E-mail: _____

Сведения о физическом развитии ребенка

ФИО ребенка	
Дата рождения	
Рост	
Вес	
Окружность головы	
Группа здоровья	
Диспансерное наблюдение медицинских специалистов	

Дата _____

Врач/ Медсестра МБДОУ №_____/ФИО медицинского
работника

Подпись

МП