

## Sprawozdanie z realizacji badań profilaktycznych uczniów/ studentów za miesiąc ...../ 2019r.

Lp.	Nazwisko i imię ucznia / studenta	Nazwa szkoły z adresem	Kierunek kształcenia	Lekarz uprawniony do badania kierowców	Lekarz med. pracy		Konsultacje specjalistyczne				Zakres badań		Uwagi
					W	O	O	L	N	RAZEM	diagnostyczne	analityczne	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													

\* O- okulista, L - laryngolog, N - neurolog

pieczęć i podpis