Lions Eye

projekt screeningového vyšetření zraku předškolních dětí

České Budějovice

seznam dětí Mateřské školy, které se zúčastní dne _____ vyšetření zraku

MŠ: _____ třída: _____.

příjmení dítěte	***jméno dítěte***	***datum narození***	***podpis rodiče***

poznámka: *datum narození je údaj, který je důležitý pro správné nastavení přístroje, bez jeho vyplnění nebude možno měření provést*