

Todistus alle 10-vuotiaan lapsen äkillisestä sairastumisesta

Lapsen nimi _____

Lapsen syntymäaika _____

Sairaus alkoi ____ / ____ 20__ _____

Äkillisen sairauden oireet

Jyväskylässä ____ / ____ _____

Jälkkärin työntekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

Iltapäivätoimintapaikka ja puhelinnumero

