



МЕДИЧНА КАРТКА

Фото

ПІБ _____

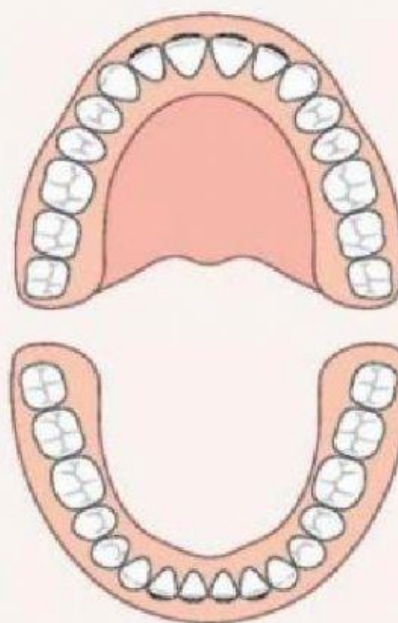
Дата народження: _____

Вага: _____

Зріст: _____

Алергії: _____

Перенесені захворювання: _____



Молочний зуб



Постійний зуб

