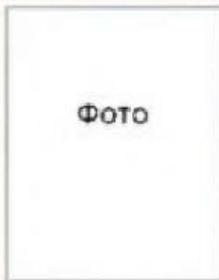




МЕДИЧНА КАРТКА



Фото

ПІБ: _____

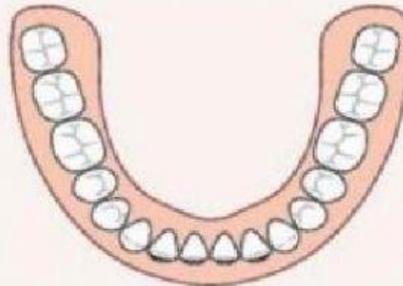
Дата народження: _____

Вага: _____

Зріст: _____

Алергії: _____

Перенесені захворювання: _____



Молочний зуб



Постійний зуб

