

Miejscowość

.....
Pieczętka ZOZ lub NZOZ

Data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania /pobytu/

1. Krótki opis stanu zdrowia

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie

3. Wykaz koniecznych lub zlecanych konsultacji specjalistycznych, np. z poradni zdrowia psychicznego

.....
.....
.....
.....
.....

4. Czy W/w Pan/Pani jest zdolny/zdolna do pełnienia funkcji rodziny zastępczej? *:

jest zdolny/zdolna

jest niezdolny/niezdolna

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie