

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Zaświadcza się, iż u w/w nie stwierdzono przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)