

....., dn.....
(pieczętka ZOZ lub NZOZ) (miejscowość) (data)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych do
pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka
wydane dla potrzeb organizatora rodzinnej pieczy zastępczej**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania.....

Krótki opis stanu zdrowia

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

Od kiedy pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie

Wykaz koniecznych lub zalecanych konsultacji specjalistycznych, (np. w poradni zdrowia
psychicznego)

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

Przeciwwskazania zdrowotne do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia
rodzinnego domu dziecka

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

Pan/Pani:

Jest zdolny/zdolna do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem. *

Jest niezdolny/niezdolna do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem. *

.....
(pieczętka i podpis
lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
wystawiającego zaświadczeni

* niewłaściwe skreślić.