

Poznań, dnia

.....
Pieczętka zoz lub nzo

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej wydane dla potrzeb pieczy zastępczej

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania

1. Krótki opis stanu zdrowia (w tym zaburzeń i chorób psychicznych)

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

2. Ww. Pan/Pani **jest zdolny(a)/ nie zdolny(a)*** do pełnienia funkcji rodziny zastępczej

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* - niepotrzebne skreślić