

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**wydane w celu stwierdzenia zdolności do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem
i braku przeciwwskazań do pełnienia funkcji rodziny zastępczej**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko.....

Data urodzeniaPESEL.....

Adres zamieszkania

.....

Ocena stanu zdrowia pacjenta

.....

.....

.....

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

*zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527) wymagane ustawą o wpieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 (Dz. U. z 2024 r, poz. 177 z późn. zm.)