Miejscowość………………………………………….., data …………………

Pieczątka zoz lub nzoz

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/prowadzącego rodzinny dom dziecka wydane dla potrzeb pieczy zastępczej**

Imię i Nazwisko …………………………………………………………………………ur.…………………………………...............

 Adres zamieszkania /pobytu/ ……………………………………………………………………….................................................

 1. Krótki opis stanu zdrowia

…......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 2. Czy W/w Pan/Pani jest zdolny/zdolna do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem

□ jest niezdolny/a □ jest zdolny/a

…………………………………………

 (podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)