

.....

Pieczętka ZOZ

Miejscowość .....

Data .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych  
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej**

Imię i nazwisko\* .....

Wiek .....

Adres zamieszkania /pobytu/ .....

1. Krótki opis stanu zdrowia .....

.....

.....

.....

.....

2. Od kiedy w/w pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie .....

3. Czy w/w był lub jest w trakcie leczenia psychiatrycznego .....

4. Czy w/w był lub jest w trakcie leczenia w Poradni Uzależnień.....

5. Czy w/w  nie posiada  posiada przeciwwskazania zdrowotne do pełnienia funkcji rodziny zastępczej .

6. Czy w/w jest  zdolny  niezdolny do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

.....

pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\*W przypadku kandydatów będących w związku małżeńskim zaświadczenie lekarskie musi być wystawione dla każdego z małżonków oddzielnie