

.....  
(pieczęć ZOZ lub NZOZ)

Miejscowość: .....

Data: .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i zdolności  
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej  
lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka  
wydane dla potrzeb pieczy zastępczej**

Imię i nazwisko: .....

Wiek: .....

Adres zamieszkania/pobytu: .....

**1. Krótki opis stanu zdrowia**

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

**2. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie.....**

.....

**3. Wykaz koniecznych lub zleconych konsultacji specjalistycznych, np. z poradni zdrowia psychicznego:**

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

**4. Czy W/w Pan/Pani jest zdolny/zdolna do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/prowadzenia rodzinnego domu dziecka.**

☐ **Jest zdolny/a**

☐ **Jest niezdolny/a**

.....  
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)