…..…………………………..….. ……………….……..…...

(Pieczątka podmiotu leczniczego) (Miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

Nazwisko i imię…………………………………………………………………………………

ur. ……………………………………… zam. ……………….……………………….………

Przebyte istotne schorzenia………………………………………………………………….…..

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

Stan zdrowia w chwili badania ………………………………………………………………….……………………………….………….…….………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………

U badanego (ej) stwierdza się chorobę lub niepełnosprawność

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

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

Rokowania w przypadku schorzenia

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

Badany może/nie może sprawować właściwą opiekę nad dzieckiem.

……………………………………

(Pieczątka i podpis lekarza)

**Podstawa prawna:**

Art. 161 ust. 2 pkt 10 ustawy z dnia9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 821, z późn. zm.), „*dane o stanie zdrowia niezbędne do stwierdzenia, że osoba może sprawować właściwą opiekę nad dzieckiem, wynikające z zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*”.