…..…………………………..….. ……………….……..…...

(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 „*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*”.

\*niepotrzebne skreślić