

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie lekarskie służące sprawie o przysposobienie

Nazwisko i imięur.

zam.....

Przebyte istotne schorzenia

.....

Stan zdrowia w chwili badania

.....

.....

Stwierdza się/nie stwierdza się choroby lub niepełnosprawności¹

Stwierdza się/nie stwierdza się uzależnienia (jeżeli tak to jakie)¹.....

Rokowania w przypadku istniejącego schorzenia

.....

.....

Wniosek¹ :

- Stan zdrowia badanego/badanej nie daje przeciwwskazań do przysposobienia dziecka i umożliwia bezpośrednią i czynną opiekę nad dzieckiem
- Stan zdrowia badanego/badanej stanowi przeciwwskazanie do przysposobienia dziecka i istotnie utrudnia bezpośrednią i czynną opiekę nad dzieckiem

Istotne uwagi:

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

¹ Niepotrzebne skreślić