



.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć przychodni)

ZAŚWIADCZENIE*

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych u Pani/Pana/
małoletniej/małoletniego**
..... ur. W
do umieszczenia w Domu dla Matek z Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Ciąży w Skępem.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* zaświadczenie należy wydać dla każdej osoby z rodziny osobno

**właściwe należy podkreślić