**WZÓR**

……………………………..… ……………….……..…...

(pieczątka zakładu zdrowia) (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 opieki nad dzieckiem.

……………………………………

(pieczątka i podpis lekarza)