

.....  
(pieczęć Przychodni Rejonowej)

.....  
(miejsowość, data)

## Zaświadczenie

Zaświadcza się, że u Pani/a/..... zam.....  
.....nie stwierdza się przeciwwskazań  
zdrowotnych/stwierdza się przeciwwskazania zdrowotne/ do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub  
prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie  
w Bolesławcu.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza prowadzącego)

..... Niepotrzebne skreślić