

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęćka przychodni)

ZAŚWIADCZENIE

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych u Pani* /-a / małoletniej/małoletniego*

..... ur.

do umieszczenia w Domu dla Matek z Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Ciąży przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu.

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* właściwe należy podkreślić