

Miejscowość .....

Data .....

.....  
Pieczętka ZOZ lub NZOZ

**Zaświadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych  
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej<sup>i</sup>**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

1. Aktualny stan zdrowia:

.....  
.....  
.....

2. Wykaz koniecznych lub zalecanych konsultacji specjalistycznych, np. z poradni zdrowia psychicznego:

.....  
.....  
.....

3. Czy W/w Pan/Pani nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych i jest zdolny/zdolna do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem:

**jest niezdolny/niezdolna**

**jest zdolny/zdolna**

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie

<sup>i</sup> Zgodnie z art. 42 ust. 5a ustawy z dnia 9-06-2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej kandydat do pełnienia funkcji rodziny zastępczej musi być zdolny do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co potwierdza m.in. zaświadczenie lekarskie

**\*Zaświadczenie ważne jest na okres 2 lat**