

Ruda Śląska, dnia: .....

.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

dziecka przebywającego w rodzinie zastępczej

wydane dla potrzeb

Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej<sup>1</sup>

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Ogólny stan zdrowia dziecka:.....

.....

**Rozwój fizyczny dziecka:**

Waga: .....,

Wzrost: .....,

Wady postawy: .....,

Wady wzroku: .....,

Wady słuchu: .....,

Szczepienia ochronne: .....

Rozpoznane choroby przewlekłe: .....

.....

**Wskazania lekarskie w tym zalecone badania lekarskie i konsultacje specjalistyczne:**

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

<sup>1</sup> Zgodnie z § 3 ust.1 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie rodzin zastępczych z dnia 18.10.2004r. (Dz. U. Nr 233 poz. 2344 z późniejszymi zmianami) powiatowe centrum pomocy rodzinie gromadzi informację na temat istotnych spraw dotyczących dziecka, w szczególności o stanie zdrowia dziecka na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich.