Wzór zaświadczenia lekarskiego.

Warszawa, dnia …………………

……………………………….

(pieczątka podmiotu leczniczego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych u Pani …………………………………..….

oraz dzieci

………………………………………………………………..ur………………………………

………………………………………………………………..ur………………………………

………………………………………………………………..ur………………………………

………………………………………………………………..ur………………………………do umieszczenia w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

……………………………………….

(pieczątka oraz podpis lekarza)

Warszawa, dnia …………………

……………………………….

(pieczątka podmiotu leczniczego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych u Pani …………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

do umieszczenia w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

……………………………………….

(pieczątka oraz podpis lekarza)