

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczętka przychodni)

ZAŚWIADCZENIE

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

..... ur.

do umieszczenia w Domu dla Matek z Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Ciąży w Łabuniach.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* właściwe należy podkreślić