

.....

nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....dnia.....r.

miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....

zamieszkała(y).....

Cierpi na ciężką niepełnosprawność intelektualną albo ciężką nieuleczalną chorobę, zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju, podczas porodu lub zdiagnozowane do ukończenia 3 roku życia.

.....

Pieczętka i podpis lekarza