

Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti

Žádáme Vás o posouzení zdravotní způsobilosti k pobytu dítěte zájemkyně o sociální službu v Charitním domě pro matky v tísní Český Těšín, Třanovského 6, 737 01, Český Těšín, v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 91 odst. 4.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

vyjádření lékaře:

- Dítě zájemkyně je schopno pobytu v azylovém domě pro matky v tísní)*
- Dítě zájemkyně není schopno pobytu v azylovém domě pro matky v tísní)*

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vyjádření lékaře:

- Dítě zájemkyně je schopno pobytu v azylovém domě pro matky v tísní)*
- Dítě zájemkyně není schopno pobytu v azylovém domě pro matky v tísní)*

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vyjádření lékaře:

- Dítě zájemkyně je schopno pobytu v azylovém domě pro matky v tísní)*
- Dítě zájemkyně není schopno pobytu v azylovém domě pro matky v tísní)*

Jméno a příjmení:

Datum narození:

vyjádření lékaře:

- Dítě zájemkyně je schopno pobytu v azylovém domě pro matky v tísní)*
- Dítě zájemkyně není schopno pobytu v azylovém domě pro matky v tísní)*
-

)* nehodící se škrtněte

V

dne

razítko a podpis dětského lékaře