zał. nr 3

………………………………………..

 miejsce, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla Bursy Szkolnej nr 2 w Szczecinie\* o stanie zdrowia kandydata ubiegającego się o miejsce w placówce.

Stan zdrowia …………………………………………………………………………………… (imię i nazwisko dziecka)
pozwala / nie pozwala\* na zamieszkanie w bursie.

Informacja o alergiach: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zażywanych w związku z alergią lekach: …………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Informacja o chorobach chronicznych: …………………………………………………………………………………………..................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zażywanych w związku z chorobą lekach: ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Uwagi: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………

 podpis i pieczątka lekarza

\*Informacja tylko do wiadomości Bursy Szkolnej nr 2 w Szczecinie.
\*Niepotrzebne skreślić.