

**Медицинское заключение членов семьи
кандидата в воспитатели семейной воспитательной группы**

Ф.И.О., дата рождения _____

Домашний адрес _____

Здоровье (наличие хронических, психических, инфекционных заболеваний;
наркологических зависимостей) _____

Заключение: здоров(а) / не здоров(а)

Дата:

Подпись врача, печать:

**Медицинское заключение членов семьи
кандидата в воспитатели семейной воспитательной группы**

Ф.И.О., дата рождения _____

Домашний адрес _____

Здоровье (наличие хронических, психических, инфекционных заболеваний;
наркологических зависимостей) _____

Заключение: здоров(а) / не здоров(а)

Дата:

Подпись врача, печать: