



**POTVRZENÍ LÉKAŘE PRO ŽADATELE O POBYTOVOU  
SOCIÁLNÍ SLUŽBU AZYLOVÉHO DOMU PRO MATKY  
S DĚTMI**

**Žadatelka**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

**Žádáme o vyjádření ke zdravotnímu stavu výše uvedené žadatelky (vyplní lékař)**

Zdravotní stav žadatelky v současné době vyžaduje/nevyžaduje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení \*Nehodící se škrtněte

.....  
.....  
.....

Žadatelka je schopna pobytu v zařízení sociálních služeb/není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci \*Nehodící se škrtněte

.....  
.....  
.....

Chování žadatelky by mohlo/nemohlo závažným způsobem narušovat kolektivní soužití (např. z důvodu duševní poruchy) \*Nehodící se škrtněte

.....  
.....  
.....

Poznámka lékaře:

.....  
.....  
.....

V ..... dne .....

Razítko a podpis lékaře:.....