**Медицинская справка**

для посещения группы дневного пребывания

отделения социальной помощи семье и детям МУ «КЦСОН»

1.Медицинская справка выдана \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО ребенка)

2.Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Домашний адрес \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Заключение врача о состоянии здоровья ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (здоров, не здоров)

 Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.