

## Заключение

о результатах медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

От « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

1. Выдано: \_\_\_\_\_  
(наименование и адрес медицинской организации)
2. Наименование органа, куда представляется заключение \_\_\_\_\_
3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
(ФИО лица, намеревающегося усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей)
4. Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_
5. Дата рождения \_\_\_\_\_
6. Адрес места жительства \_\_\_\_\_
7. Заключение (нужное зачеркнуть)

Выявлено наличие (отсутствие) заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью или патронатную семью

Председатель врачебной комиссии: \_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

М.П.

Специалист	Заключение	Дата осмотра	Подписи врача, гербовая печать
Терапевт			
Инфекционист			
Дерматовенеролог			
Фтизиатр			
Невропатолог			
Онколог			
Психиатр			
Нарколог			