*Załącznik nr 5 do Regulaminu naboru uczestników i realizacji projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, działanie 05.03. Opieka nad dziećmi do lat 3*

**ZAŚWIADCZENIE ZAWIERAJĄCE DANE O STANIE ZDROWIA, STOSOWANEJ DIECIE I ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM DZIECKA POTWIERDZONE PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO/ PEDIATRĘ**

Ja, niżej podpisany/-a ……………………………………………………… w celu zapewnienia dziecku ……………………………………………… (imię i nazwisko dziecka) podczas pobytu w żłobku odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo-wychowawczych przekazuję następujące informacje uznane za istotne: o stanie zdrowia, stosowanej diecie oraz rozwoju psychofizycznym dziecka

1. **Stan zdrowia: przebyte choroby, urazy itp.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Stosowana dieta**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Rozwój psychofizyczny dziecka: wskazania, przeciwwskazania poradni specjalistycznych wydane w wyniku przeprowadzonych badań lub leczenia**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Inne uwagi, zalecenia rodziców (opiekunów) dziecka**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………, …………………………….

(data) (miejscowość)

…………………………………………

(czytelny podpis)

**UWAGA! WYPEŁNIA LEKARZ RODZINNY/ PEDIATRA**

**Czy dziecka może uczęszczać do żłobka**: TAK NIE[[1]](#footnote-1)

**Czy stan zdrowia dziecka nie budzi zastrzeżeń**: ……………………………………………

………………………………………………………………………………………………

**Stosowana dieta**: …………………………………………………………………………….…………………………………………………., …………………………….

(data) (miejscowość) …………………………………………

(podpis lekarza)

1. Właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-1)