

Pieczęć przychodni lub gabinetu

Miejsce.....Data.....

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że (imię i nazwisko).....

Urodzona dniaw

Może być uczestniczką zajęć szkoły rodzenia i zajęć dla kobiet w ciąży-MAMA PLUS

Podpis i pieczęć lekarza