



Za życiem



## WYPEŁNIA LEKARZ

Załącznik nr 1  
do Regulaminu rekrutacji  
i uczestnictwa w programie Za życiem

.....  
nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....  
miejsowość

.....  
data

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE - wzór

*uprawniająca do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2024 r., poz. 1829) oraz art. 47 ust. 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858, 1222, 1593, 1615, 1915, z 2025 r. poz. 129, 304)*

**Nazwisko i imię dziecka**

.....

**Data urodzenia**

.....

**Numer PESEL dziecka (o ile został nadany)**.....

**Zamieszkała(y)**.....

**Dziecko cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.**

.....  
*Pieczętka i podpis lekarza*

Zespół Szkół nr 3 im. Marii Grzegorzewskiej  
Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy  
ul. Nowomiejska 21  
87-800 Włocławek  
www.zs3wek.pl  
mail: zs3@edukacja.wloclawek.eu