

**KURIA PROWINCJALNA**

Prowincji św. Jadwigi Zakonu Braci Mniejszych w Polsce  
Al. Jana Kasprowicza 26  
51-161 WROCLAW

**KARTA ZDROWIA**  
kandydata do życia zakonnego

*(wypisuje kandydat)*

imię i nazwisko

.....

data i miejsce urodzenia

.....

wykształcenie (zawód)

.....

*(wypisuje lekarz, zakreślając odpowiednią kratkę)*

- w/w osobę nie obciążają choroby fizyczne, psychiczne, umysłowe, dziedziczne, które dyskwalifikują z życia zakonnego;
- w/w osobę obciążają choroby fizyczne, psychiczne, umysłowe, dziedziczne, które dyskwalifikują z życia zakonnego;

rozpoznane choroby:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza

..... dnia .....