**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

**študovať príslušný odbor vzdelávania na školský rok ......../.........**

Meno a priezvisko: .............................................................................. Dátum narodenia: ....................................

Študijný/učebný\* odbor (kód a názov): ....................................................................................................................

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

Vyjadrenie lekára:

V ................................................. dňa ............................. .............................................................

podpis lekára a odtlačok pečiatky

(\*) Nehodiace sa prečiarknite