

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