

**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