

**POTVRDENIE**  
**o zdravotnej spôsobilosti žiaka študovať príslušný odbor vzdelávania**  
**pre školský rok 2025/2026**

---

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Kód a názov učebného/študijného\* odboru: .....

.....

Vyjadrenie lekára:

V ..... dňa .....  
.....  
podpis lekára a odtlačok pečiatky

(\*) Nehodiace sa prečiarknite