Príloha

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

**študovať príslušný odbor vzdelávania pre školský rok 2024/2025**

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

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

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

Vyjadrenie lekára:

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

 podpis lekára a odtlačok pečiatky

(\*) Nehodiace sa prečiarknite