**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

**študovať príslušný odbor vzdelávania pre školský rok 2023/2024**

**Meno a priezvisko:**

**Dátum narodenia:**

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

**Vyjadrenie lekára:**

V , dňa

podpis lekára a odtlačok pečiatky

*(\*) Nehodiace sa prečiarknite*