**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

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

Meno a priezvisko: ..............................................................................

Dátum narodenia: ....................................

Učebný odbor (kód a názov): ................................................................................................................

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

Vyjadrenie lekára: ................................................................................................................

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

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

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

 podpis lekára a odtlačok pečiatky