

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