 Základná škola Mojzesovo-Černík, 941 04 Mojzesovo č. 505

**PRIEPUSTKA K LEKÁROVI**

Meno a priezvisko žiaka (poistenca): ..................................................................................................... Narodený/narodená: ...............................................

**POTVRDENIE o ambulantnom vyšetrení:**

Dátum: .........................................................................

Čas vyšetrenia: .............................................................

Pečiatka a podpis lekára ................................................................

 Základná škola Mojzesovo-Černík, 941 04 Mojzesovo č. 505

**PRIEPUSTKA K LEKÁROVI**

Meno a priezvisko žiaka (poistenca): ..................................................................................................... Narodený/narodená: ...............................................

**POTVRDENIE o ambulantnom vyšetrení:**

Dátum: .........................................................................

Čas vyšetrenia: .............................................................

Pečiatka a podpis lekára ................................................................

 Základná škola Mojzesovo-Černík, 941 04 Mojzesovo č. 505

**PRIEPUSTKA K LEKÁROVI**

Meno a priezvisko žiaka (poistenca): ..................................................................................................... Narodený/narodená: ...............................................

**POTVRDENIE o ambulantnom vyšetrení:**

Dátum: .........................................................................

Čas vyšetrenia: .............................................................

Pečiatka a podpis lekára ................................................................