Príloha

POTVRDENIE
o zdravotnej spôsobilosti žiaka študovať príslušný odbor vzdelávania
pre školský rok 2026/2027

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

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

.....

Vyjadrenie lekára:

V ..... dňa ....
podpis lekára a odtlačok pečiatky

(*) Nehodiace sa prečiarknite