Príloha

**POTVRDENIE**

**o zdravotnej spôsobilosti žiaka študovať príslušný odbor vzdelávania pre školský rok 2027/2028**

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

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

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

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

Vyjadrenie lekára:

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

podpis lekára a odtlačok pečiatky

\* Nehodiace sa prečiarknite