*Príloha č. 3*

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

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

Meno a priezvisko:............................................................ Dátum narodenia: .............................

Študijný/učebný\* odbor (kód a názov): .................................................................................

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

Vyjadrenie lekára:

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

 podpis lekára a odtlačok pečiatky

(\*) Nehodiace sa prečiarknite