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