**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

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

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

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

**Študijný odbor:**

1. 7649 M00 učiteľstvo pre materské školy a vychovávateľstvo
2. 7661 M00 sociálno-výchovný pracovník

**Vyjadrenie lekára:**

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

podpis lekára a odtlačok pečiatky

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