

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka  
študovať príslušný odbor vzdelávania na 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