

POTVRDENIE
o zdravotnej spôsobilosti žiaka študovať príslušný odbor vzdelávania
pre školský rok 2026/2027

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Kód a názov učebného/študijného* odboru:

.....

Vyjadrenie lekára:

V dňa
.....
podpis lekára a odtlačok pečiatky

(*) Nehodiace sa prečiarknite