

**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