



Spojená škola, Čaklov 249

POTVRDENIE

**o zdravotnej spôsobilosti žiaka študovať príslušný odbor
vzdelávania pre školský rok 2027/2028**

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Kód a názov učebného/študijného* odboru:

.....

Vyjadrenie lekára:

V dňa
podpis lekára a odtlačok pečiatky

* Nehodiace sa prečiarknite