*Príloha č. 1*

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

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

Meno a priezvisko žiaka: ................................................................................................................

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

Kód a názov učebného/študijného\* odboru: .....................................................................................

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

Vyjadrenie lekára so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore:

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

 podpis lekára a odtlačok pečiatky

(\*) Nehodiace sa prečiarknite