

**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