

P O T V R D E N I E

Ako ošetrujúci lekár žiaka/žiačky:

.....nar.....
meno a priezvisko žiačky/žiaka

trvale bytom.....

potvrdzujem týmto, že :

môže byť umiestnená/ý na základe tohto potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti v školskom výchovno-vzdelávacom zariadení - školskom internáte Spojenej školy Rakovice 25, Rakovice.

Osobitné upozornenie

ošetrujúceho lekára o zdravotných skutočnostiach, s ktorými by vedenie školského internátu malo byť oboznámené / napr.: pravidelné užívanie liekov, liečebný režim..... /

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

Dátum:

.....
podpis a pečiatka
ošetrujúceho lekára