

## POTVRDENIE

Ako ošetrujúci lekár

.....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 pri SOŠ O a S**  
**T. Vansovej 2, 955 01 Topoľčany**

### 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