

LEKÁRSKE P O T V R D E N I E

Ako ošetrujúci lekár

.....nar.....

meno a priezvisko žiaka

trvale bytom.....

potvrdzujem týmto, že : **môže byť umiestnený** na základe tohto potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti v **školskom výchovno-vzdelávacom zariadení - Školskom internáte SPŠ IT IG, Medvedzie 133/1, 027 44 Tvrdošín.**

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