**Potvrdenie**

**o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

**- účasť v škole v prírode -**

Vyhlasujem, že dieťa:..................................................................... , nar.: .................. ............................, bytom ...................................................................................................., je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve - v škole v prírode, a to v období od ....................................... do ......................................... .

Zároveň potvrdzujem, že dieťa užíva nasledujúce lieky ..........................................................................

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

Dieťa je alergické na: ..............................................................................................................................

Zdravotný stav dieťaťa vyžaduje obmedzenie záťaže: áno nie\*

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

 podpis lekára a odtlačok pečiatky

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

(\*) Nehodiace sa prečiarknite

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Potvrdenie**

**o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

**- účasť v škole v prírode -**

Vyhlasujem, že dieťa:..................................................................... , nar.: .................. ............................, bytom ...................................................................................................., je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve - v škole v prírode, a to v období od ....................................... do ......................................... .

Zároveň potvrdzujem, že dieťa užíva nasledujúce lieky ..........................................................................

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

Dieťa je alergické na: ..............................................................................................................................

Zdravotný stav dieťaťa vyžaduje obmedzenie záťaže: áno nie\*

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

 podpis lekára a odtlačok pečiatky

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

(\*) Nehodiace sa prečiarknite

**Potvrdenie**

**o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

**- účasťna lyžiarskom**

Vyhlasujem, že dieťa:..................................................................... , nar.: .................. ............................, bytom ...................................................................................................., je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve - v škole v prírode, a to v období od ....................................... do ......................................... .

Zároveň potvrdzujem, že dieťa užíva nasledujúce lieky ..........................................................................

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

Dieťa je alergické na: ..............................................................................................................................

Zdravotný stav dieťaťa vyžaduje obmedzenie záťaže: áno nie\*

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

 podpis lekára a odtlačok pečiatky

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

(\*) Nehodiace sa prečiarknite

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Potvrdenie**

**o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

**- účasť v škole v prírode -**

Vyhlasujem, že dieťa:..................................................................... , nar.: .................. ............................, bytom ...................................................................................................., je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve - v škole v prírode, a to v období od ....................................... do ......................................... .

Zároveň potvrdzujem, že dieťa užíva nasledujúce lieky ..........................................................................

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

Dieťa je alergické na: ..............................................................................................................................

Zdravotný stav dieťaťa vyžaduje obmedzenie záťaže: áno nie\*

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

 podpis lekára a odtlačok pečiatky

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

(\*) Nehodiace sa prečiarknite