**P O T V R  D E N I E**

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

trvale bytom............................................................................................................................

Ako ošetrujúci lekár potvrdzujem týmto, že :

**môže byť umiestnená/ý** na základe tohto potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti **v školskom výchovno-vzdelávacom zariadení - školskom internáte pri Hotelovej akadémii v Spišskej Novej.**

**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