



SPOJENÁ ŠKOLA JÁNA VOJTAŠŠÁKA INTERNÁTNA
Organizačná zložka Školský internát Jána Vojtaššáka internátna
Kláštorská 24/a, Levoča 054 01

LEKÁRSKE POTVRDENIE

Ako ošetrujúci lekár

.....nar.....

meno a priezvisko žiačky/žiaka

trvale bytom.....

potvrdzujem týmto, že :

menovaná/ý môže byť umiestnená/ý na základe tohto potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti v školskom výchovno-vzdelávacom zariadení - Školskom internáte, organizačnej zložky Spojenej školy Jána Vojtaššáka internátnej v Levoči.

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