

Potvrzení o zdravotním stavu žáka

Jméno a příjmení žáka/žákyně:

Datum narození: Bydliště:

Typ studia: osmileté čtyřleté*

Zdravotní omezení: ANO NE*(případně jaká)

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

Trvale užívá léky: ANO NE*

Hrozí případné komplikace: ANO NE* (popř. jaké)

.....
.....

Další důležité sdělení:

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

Kontaktní údaje na zák. zástupce:

.....

Kontaktní údaje na lékaře (v případě, že je toto nutné):

.....

Datum a podpis zák. zástupce:

*nehodící se škrtněte