**POTVRDENIE**

ako ošetrujúci lekár žiaka/žiačky:...................................................................................................

narodeného/narodenej:.............................bytom:................................................................................

týmto potvrdzujem, že **menovaný/á je spôsobilý/á bývať v školskom internáte.**

**OSOBITNÉ UPOZORNENIE** ošetrujúceho lekára o zdravotných skutočnostiach (fyzické, psychické...), s ktorými by vedenie školského internátu malo byť oboznámené (napríklad: pravidelné používanie liekov, liečebný režim )

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

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

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

Dátum: ........................................................

podpis a pečiatka ošetrujúceho lekára