**POTVRDENIE**

Ako ošetrujúce lekár žiačky: ......................................................................................................

narodenej: ....................................... bytom: ...............................................................................

týmto potvrdzujem, že **menovaná je spôsobilá bývať v školskom výchovno-vzdelávacom zariadení – školskom internáte.**

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

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

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

 podpis a pečiatka ošetrujúceho lekára