

POTVRDENIE

Tým potvrdzujem, že

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

trvale bytom.....

môže byť ubytovaný/á na základe tohto potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti v Školskom internáte pri Strednej zdravotníckej škole, Daxnerova 6, 917 92 Trnava.

Osobitné upozornenie

ošetrojúceho lekára o zdravotných skutočnostiach, o ktorých má byť vedenie školského internátu oboznámené, napr.:

pravidelné užívanie liekov

alergie

liečebný režim

iné

Dátum:

.....
podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára