



## Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu oboru

.....

**Jméno a příjmení:**.....

**Datum narození:**.....

**Bydliště:**.....

**Posudkový výrok:**

Zdravotně způsobilý/á:

Zdravotně způsobilý/á za podmínek:

Zdravotně nezpůsobilý/á:

Vyhovující výrok prosím zaškrtněte, případně doplňte podmínky, za kterých je student/studentka způsobilý/á ke studiu.

Datum provedení posouzení zdravotní způsobilosti:.....

razítko a podpis lékaře