**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI**

(nesmie byť staršie ako 1 mesiac pred nástupom do školského internátu)

Meno a priezvisko žiaka: .....................................................................................................

Dátum narodenia: ......................................................

Bydlisko: .....................................................................................................

**Žiak/žiačka nevyžaduje zdravotnú ani ošetrovateľskú starostlivosť, je samostatný/á/ a zo zdravotného hľadiska môže byť ubytovaný/á/ v školskom internáte.** Školský internát poskytuje ubytovanie, stravovanie, výchovno-vzdelávaciu činnosť, neposkytuje však zdravotné ani ošetrovateľské služby.

 Žiak má / nemá\* diagnostikovanú alergiu.

 Alergia na: ..........................................................................................................

Žiak má / nemá\* diagnostikované ochorenie:

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

Žiak užíva / neužíva\* lieky:

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

Iné poznámky o zdravotnom stave žiaka:

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

V ........................................ dňa ................... Pečiatka a podpis lekára:

\* nehodiace sa prečiarknite