



POTVRDENIE LEKÁRA
O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA
A JEHO SPÔSOBILOSTI
ZARADENIA DO KOLEKTÍVU

Meno dieťaťa:

Rodné číslo:

Adresa:

.....

Meno a adresa lekára:

.....

.....

Vyjadrenie lekára:

Dátum: