**POTVRDENIE LEKÁRA**

**O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤATA**

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

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

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

Týmto potvrdzujem, že dieťa **JE / NIE JE \*** zdravotne spôsobilé na zaradenie do športovej triedy základnej školy a jeho zdravotný stav mu **dovoľuje / nedovoľuje \*** aktívne športovať.

V ......................................, dňa ...................................

Podpis a pečiatka lekára: ............................................................

**\*** nehodiace sa preškrtnúť