

## P O T V R D E N I E

Ako ošetrujúci lekár

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

trvale bytom.....

Týmto potvrdzujem že :

**môže byť umiestnená/ý na základe tohto potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti v školskom výchovno-vzdelávacom zariadení - Školskom internáte pri Strednej odbornej škole dopravnej v Trenčíne.**

### Osobitné upozornenie

ošetrujúceho lekára o zdravotných skutočnostiach, s ktorými by vedenie školského internátu malo byť oboznámené / napr.: pravidelné užívanie liekov, liečebný režim..... /

.....

Dátum:

.....

podpis a pečiatka  
ošetrujúceho lekára

---

### Prehlásenie zákonného zástupcu o bezinfekčnosti prostredia

Dolupodpísaný zákonný zástupca žiaka/žiačky.....

nar. .... bytom .....

týmto vyhlasujem, že moja dcéra/syn, ktorá/ý nastupuje do **Školského internátu pri Strednej odbornej škole dopravnej v Trenčíne:**

- neprejavuje príznaky akútneho ochorenia
- nemá nariadené karanténne opatrenie
- nemá prenosné ochorenie

Písomné prehlásenie nesmie byť staršie ako tri dni.

V.....dňa.....

.....  
podpis zákonného zástupcu žiaka