

POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Potvrzuji, že

.....

(jméno dítěte)

.....

(rodné číslo dítěte)

se může zúčastnit adaptačního kurzu pro 1. roč. Slezského gymnázia, Opava, p. o.

Informace pro zdravotníka adaptačního kurzu:

Zdravotní omezení:

Alergie na (pro případ lékařského ošetření uveďte, prosím, zvlášť alergické reakce na podané léky):

.....

Datum, razítko a podpis lékaře