

OSVĚDČENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Potvrzuji, že student/ka:

jméno a příjmení:

datum narození:

místo narození:

je po zdravotní stránce **způsobilý/způsobilá** absolvovat studium v zahraničí.

Případná omezení (užívání léků, dieta apod.):

V _____ dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře