



**Školský internát, Karpatská 9, Poprad**  
Karpatská 9, 058 01 Poprad

**LEKÁRSKE POTVRDENIE**

Meno a priezvisko žiaka/žiačky: .....  
Dátum narodenia: .....  
Adresa bydliska: .....

Týmto potvrdzujem, že zdravotný stav menovaného žiaka/žiačky

**JE VYHOVUJÚCI - NIE JE VYHOVUJÚCI** pre pobyt v školskom internáte.  
(nehodiace sa prečiarknite)

**Iné upozornenia od lekára:**

.....  
.....

Dátum vystavenia potvrdenia: .....

.....  
pečiatka a podpis lekára

**Prehlásenie zákonného zástupcu o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

*Školský internát poskytuje ubytovanie, stravovanie, výchovu mimo vyučovania a dozor aj v nočných hodinách. Neposkytuje zdravotné ani ošetrovateľské služby.*

Ako zákonný zástupca žiaka/žiačky: .....

Narodeného / narodenej: .....

Adresa bydliska: .....

1. Týmto potvrdzujem, že môj syn/dcéra je spôsobilý/á bývať v školskom internáte. Nevyžaduje zdravotnú ani ošetrovateľskú starostlivosť.
2. V prípade akejkoľvek zmeny zdravotného stavu je povinnosťou zákonného zástupcu ihneď oznámiť túto skutočnosť vedeniu školského internátu !
3. Zámerné zamlčanie zdravotných problémov alebo iných závažných skutočností o zdravotnom stave žiaka/žiačky môže viesť k vylúčeniu žiaka zo školského internátu.
4. Môj syn/dcéra má /nemá \* psychologickú / psychiatrickú diagnostiku, resp. liečbu.

Dátum: .....

.....  
Podpis zákonného zástupcu

\*nehodiace sa preškrtnite