

Střední škola, Odry, příspěvková organizace

Sokolovská 647/1, 742 35 Odry

**Zdravotní způsobilost**

Jméno a příjmení žáka.....

Datum a místo narození.....

Rodné číslo.....

Trvalé bydliště.....

Zvolený obor vzdělávání na SŠ Odry.....

Datum: .....

Podpis žáka: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (čitelně).....

Telefon zákonného zástupce.....

Podpis zákonného zástupce.....

**Vyjádření lékaře:**

.....  
.....  
.....  
.....

Datum: .....

Razítko a podpis: