Potvrzení pro ZŠ Jana Wericha

Potvrzuji, že ……..….., datum narození……..

je – není

zdravotně způsobilý/á účastnit se plaveckého výcviku.

V Praze dne ……

razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Toto potvrzení je vydáno v souladu s Metodickým pokynem k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků a studentů e školách a školských zařízeních zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (čl. 5).