**POTVRDENIE**

Meno a priezvisko žiaka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Číslo preukazu zdravotnej poisťovne poistenca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Týmto potvrdzujem, že menovaný žiak/žiačka je zdravý/á a v dňoch 28.1.2019 – 1.2.2019 sa môže zúčastniť na pobytovom lyžiarskom výcviku v lyžiarskom stredisku Ski Tále, s ubytovaním v penzióne Grand, Bystrá.

Podpis a pečiatka ošetrujúceho lekára