**Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu na vysoké škole**

**(příloha k přihlášce ke studiu na vysokou školu)**

Příjmení: ……………………………….Rodné příjmení:………………………………….

Jméno: ……………………………………

Datum narození: …………………………

Adresa: ….………………………………………………………………………………….

**Forma studia**: \*zaškrtněte

prezenční

kombinovaná

**Bakalářský studijní program:** **\***zaškrtněte **Navazující magisterský studijní program: \***zaškrtněte

Nutriční terapie

Ochrana a podpora zdraví

Pediatrické ošetřovatelství

Porodní asistence

Radiologická asistence

Všeobecné ošetřovatelství

Potvrzuji zdravotní způsobilost výše uvedené/ho ke studiu na vysoké škole:

Razítko lékaře:

Datum: …………………………………………………………………

Podpis lékaře: ………………………………………………………..…

**Poznámka: ke každé elektronické přihlášce vložte potvrzení**