

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

Potvrzuji, že student(ka) ..... je schopen(a) studovat a vykonávat následnou praxi v oboru na GOODWILL – vyšší odborné škole, s. r. o

Obor:

Školní rok:

Ve .....

Datum:

Razítko a podpis lékaře: