

## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

Potvrzuji, že student(ka) je schopen(a) studovat a vykonávat odbornou praxi v oboru na GOODWILL – vyšší odborné škole, s. r. o., Bruzovská 2589, 738 01 Frýdek-Místek.

**Jméno a příjmení studenta:**

**Datum narození:**

**Studovaný obor:**

Ve .....

Datum:

Razítko a podpis lékaře: