príloha č.1

**ŠKOLSKÝ INTERNÁT**

**pri Strednej zdravotníckej škole, Hlboká cesta 23, Žilina**

**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI**

( nie staršie ako 1 mesiac pred nástupom do školského internátu)

Ako ošetrujúci lekár potvrdzujem týmto, že:

meno a priezvisko žiaka/žiačky: ................................................................................................

narodený(á): ...............................................

trvale bytom: ...............................................................................................................................

**je zdravotne spôsobilý/á – nie je zdravotne spôsobilý/á –**

*( nehodiace sa prečiarknite)*

pre umiestnenie v ubytovacom zariadení, ktoré poskytuje hromadné ubytovanie osôb – školský internát pri SZŠ Žilina. ŠI ako výchovno-vzdelávacie zariadenie zabezpečuje ubytovanie, stravovanie, výchovno-vzdelávaciu činnosť mimo vyučovania, dozor aj v nočných hodinách, neposkytuje však zdravotné ani ošetrovateľské služby.

**Osobitné upozornenie**

ošetrujúceho lekára o zdravotných skutočnostiach, s ktorými by vedenie školského internátu malo byť oboznámené: ( \* *nehodiace sa prečiarknite*)

\* Žiak/žiačka MÁ / NEMÁ diagnostikovanú alergiu.

Alergia na: ......................................................................................................................................

\* Žiak/ žiačka MÁ / NEMÁ diagnostikované ochorenie.

Ochorenie: ......................................................................................................................................

\*Žiak/žiačka UŽÍVA/ NEUŽÍVA lieky:

Lieky: .............................................................................................................................................

\* Iné poznámky o zdravotnom stave: ............................................................................................

......................................................................................................................................................................

V ............................................. dňa: ..................................................

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára: