



**STŘEDNÍ ŠKOLA ZEMĚDĚLSKÁ A PŘÍRODOVĚDNÁ**  
**ROŽNOV POD RADHOŠTĚM**

## Lékařské potvrzení (kurz)

Jméno a příjmení:.....

Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

Potvrzujeme, že výše uvedený žák je schopen absolvovat kurz „Práce s motorovou pilou“.

ANO

NE

*nehodící se, prosím, škrkněte*

V ....., dne.....

.....

Podpis a razítko lékaře