

Potvrzení lékaře o schopnosti studia na vysoké škole

Příjmení, jméno
uchazeče

Datum narození

Místo narození

Bydliště

Identifikační číslo přihlášky	
Vysoká škola	
Fakulta	
Studijní program	
Studijní obor	
Typ studijního programu	bakalářské* magisterské* navazující magisterské*
Forma studia	prezenční* kombinovaná*

Potvrzení lékaře:	Schopen studia na VŠ.
Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře:

*nehodící se škrtněte

S uvedeným potvrzením je nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.