**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka**

**študovať príslušný odbor vzdelávania na školský rok 2022/2023**

Meno a priezvisko: ..............................................................................

Dátum narodenia: ....................................

Študijný odbor (kód a názov):

5356 M zdravotnícky asistent

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

Vyjadrenie lekára:

V ................................................. dňa .............................

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

podpis lekára a odtlačok pečiatky

Požiadavka zdravotnej spôsobilosti podľa štátneho vzdelávacieho programu:

Do študijného odboru zdravotnícky asistent nemôžu byť prijatí uchádzači, ktorí majú:

* mentálne postihnutie,
* zmyslové alebo telesné postihnutie,
* zdravotné oslabenie alebo ochorenie,
* narušenú komunikačnú schopnosť,
* špecifické poruchy učenia alebo správania sa,
* autistický syndróm,
* poruchy psychického vývinu.