

**Un an en France**

**2024-2025**

**OSVĚDČENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU**

Já, níže podepsaný/á \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ošetřující lékař/ka studenta/ky

jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum narození: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_

místo narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

potvrzuji, že je student/ka po zdravotní stránce **způsobilý/způsobilá** absolvovat roční studium v zahraničí v rámci programu *Rok ve Francii*.

Zde prosím uveďte případná omezení (užívání léků, dieta, alergie, další důležité informace):

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře