**POTVRDENIE**

Týmto potvrdzujem, že dieťa .................................................................................

nar. .............................., bytom ..............................................................................

je zdravé a netrpí žiadnym infekčným ochorením.

Z dôvodu ......................................................užíva nasledovné lieky:

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

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

Dňa ........................

 pečiatka a podpis

 detského lekára

poznámka: potvrdiť v termíne **od 17.7.-21.7.2017**