

POSUDEK ZDRAVOTNÍHO STAVU PRACOVNÍKA:

.....
příjmení, jméno

.....
datum narození

.....
adresa bydliště

*je zdravotně způsobilý(á)

*není zdravotně způsobilý (á)

vykonávat práci pedagogického pracovníka

Datum:

razítko a podpis lékaře