

**Potvrzení lékaře**

pro studium na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci

**Jméno uchazeče** (příjmení | jméno | včetně titulů)

**Rodné číslo**

**Datum narození** (DD.MM.RRRR)

Na základě celkového vyšetření potvrzuji, že výše jmenovaný/á

**[ ]  je zdravotně způsobilý/á bez omezení**

**[ ]  není zdravotně způsobilý/á**

absolvovat praktickou přijímací zkoušku a praktickou sportovní výuku na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

*datum podpis a razítko lékaře*

**hodící se zatrhněte**