

Rok ve Francii / Un an en France

2026-2027

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

