

**POTVRZENÍ LÉKAŘE**  
**O ZPŮSOBILOSTI KE STUDIU TĚLESNÉ VÝCHOVY**

Níže jmenovaný/á je schopen/na absolvovat studium tělesné výchovy v rámci:

- bakalářského programu Tělesná výchova se zaměřením na vzdělávání
- bakalářského programu Rekreologie
- navazujícího magisterského programu Učitelství tělesné výchovy

na Pedagogické fakultě Ostravské univerzity **bez omezení**.

Jméno uchazeče/ky: .....

Datum a místo narození uchazeče/ky: .....

Datum: ..... Jméno lékaře .....

Razítko a podpis lékaře: .....