

## Lékařské potvrzení o schopnosti studia na Hudební a taneční fakultě

Příjmení, jméno uchazeče/ky: \_\_\_\_\_

Den, měsíc, rok narození: \_\_\_\_\_

Místo narození, stát: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Vysoká škola	Akademie múzických umění v Praze	
Fakulta	Hudební a taneční fakulta	
Studijní program	Hudební umění*	Taneční umění*
Typ programu	bakalářský*	magisterský navazující na bakalářský*
	doktorský*	
Forma studia	prezenční*	kombinované*
Studijní obor		

Posudkový závěr	Posuzovaný uchazeč/ka: a) je zdravotně způsobilý/á* b) je zdravotně způsobilý/á s omezením* c) není zdravotně způsobilý/á*
Poznámka:	
Datum vystavení:	Jméno, příjmení a podpis lékaře (IČ, IČZ) razítko poskytovatele zdravotních služeb
Převzal/a dne:	podpis posuzované/ho uchazeče/ky

\*nehodící se škrtněte

S uvedeným potvrzením je nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.