

Časť A. (vyplní škola)

Lekárske potvrdenie o chorobe dieťaťa / žiaka

Meno a priezvisko dieťaťa/žiaka:

Trieda: Školský rok 20 .../ 20 Dátum narodenia:

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia od do
od do

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedľňuje lekár z dôvodu, že *

- a) neprítomnosť presiahla 5/7** po sebe nasledujúcich vyučovacích dní,
- b) neprítomnosť presiahla 10/14** vyučovacích dní v sledovanom mesiaci ospravedlnenú zákonným zástupcom / zástupcom zariadenia / plnoletým žiakom,
- c) škola vyžaduje lekárske potvrdenie o chorobe podľa § 144 ods. 13 školského zákona vo výnimočných a osobitne odôvodnených prípadoch, kedy neprítomnosť nepresiahla 5/7** po sebe nasledujúcich vyučovacích dní alebo 10/14** vyučovacích dní súhrnne v sledovanom mesiaci.

.....
meno, priezvisko a podpis triedneho učiteľa

Časť B. (vyplní lekár)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

.....

Potvrdzujem, že neprítomnosť dieťaťa/žiaka v škole od do
trvala z dôvodu ochorenia.

Dátum vystavenia potvrdenia:

.....

podpis a pečiatka lekára

* zakrúžkujte vhodnú možnosť uvedenú v písmenách a) až c)

** nehodiace sa prečiarknuť