

Lekárske potvrdenie o ochorení \*

Meno a priezvisko dieťaťa/žiaka: .....

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

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia/úrazu od ..... do .....

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedľňuje lekár z dôvodu, že\*\*

- a) neprítomnosť presiahla zákonom určený počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,
- b) neprítomnosť presiahla zákonom určený počet vyučovacích dní/hodín v sledovanom období, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,
- c) škola vyžaduje lekárske potvrdenie podľa § 144 ods. 13 školského zákona v odôvodnených prípadoch, kedy neprítomnosť nepresiahla počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní alebo počet vyučovacích dní/hodín, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak.

.....  
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

\* ochorením sa rozumie aj úraz alebo alergická reakcia

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

Lekárske potvrdenie o ochorení \*

Meno a priezvisko dieťaťa/žiaka: .....

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

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia/úrazu od ..... do .....

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedľňuje lekár z dôvodu, že\*\*

- a) neprítomnosť presiahla zákonom určený počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,
- b) neprítomnosť presiahla zákonom určený počet vyučovacích dní/hodín v sledovanom období, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,
- c) škola vyžaduje lekárske potvrdenie podľa § 144 ods. 13 školského zákona v odôvodnených prípadoch, kedy neprítomnosť nepresiahla počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní alebo počet vyučovacích dní/hodín, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak.

.....  
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

\* ochorením sa rozumie aj úraz alebo alergická reakcia

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