

(Názov školy)

Časť A. (vyplní škola)**Lekárske potvrdenie o chorobe dieťaťa**

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia dieťaťa:

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia od do

od do

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedlňuje lekár z dôvodu¹, že:

- a) neprítomnosť presiahla 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní,
- b) neprítomnosť presiahla 14 vyučovacích dní v sledovanom mesiaci ospravedlnenú zákonným zástupcom/zástupcom zariadenia
- c) škola vyžaduje lekárske potvrdenie o chorobe podľa § 144 ods. 13 školského zákona vo výnimočných a osobitne odôvodnených prípadoch, kedy neprítomnosť nepresiahla 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní alebo 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 v škole od do trvala z dôvodu ochorenia.

Dátum vystavenia potvrdenia:

.....
podpis a pečiatka lekára

¹ zakrúžkujte vhodnú možnosť uvedenú v písmenách a) až c)