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 ospravedlňuje 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