

LEKÁRSKE POTVRDENIE O CHOROBE DIEŤAŤA

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia dieťaťa:

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia dieťaťa od do

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedlňuje lekár z dôvodu, 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 potvrdenie o chorobe podľa § 144 ods. 13 školského zákona vo výnimočných a osobitne odôvodnených prípadoch, kedy neprítomnosť presiahla 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní, alebo 14 vyučovacích dní súhrnne v sledovanom mesiaci.

.....

podpis pedagogického zamestnanca

Vyplní lekár:

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

.....

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

Dátum vystavenia potvrdenia:

.....

podpis a pečiatka lekára

zakrúžkujte vhodnú možnosť v písmenách a) až c)