Spojená škola, Nábr. J. Kalinčiaka 4, 971 01 Prievidza

Lekárske potvrdenie o ochorení *

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

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

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

od ..... do .....

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedlňuje lekár z dôvodu, že **

neprítomnosť presiahla zákonom určený počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,

neprítomnosť presiahla zákonom určený počet vyučovacích dní/hodín v sledovanom období, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,

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)