

Spojena škola, Nábr. J. Kalinčiaka 4, Prievidza

Časť A. (vyplní škola)

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 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)