Materská škola Gelnická 34, 831 06 Bratislava

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 dôvodu[1], 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)