**Lekárske potvrdenie o chorobe dieťaťa**

**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 dôvodu1

1 zakrúžkujte vhodnú možnosť uvedenú v písmenách a) až c) , že:

1. neprítomnosť presiahla 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní,
2. neprítomnosť presiahla 14 vyučovacích dní v sledovanom mesiaci ospravedlnenú zákonným zástupcom/zástupcom zariadenia
3. 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