

Materská škola, Ľ. Štúra, 5/5, Beluša

Potvrdenie lekára na ospravedlnenie neprítomnosti dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu

Meno a priezvisko dieťaťa:, šk. rok 20 / 20

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia od do

Predloženie potvrdenia od lekára sa vyžaduje z dôvodu, že: *

- a) neprítomnosť dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu trvala viac ako 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní,
- b) neprítomnosť dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu presiahla počet vyučovacích dní v sledovanom období podľa príslušného režimu ospravedlňovania,
- c) materská škola vyžaduje lekárske potvrdenie o chorobe podľa § 144 ods. 13 školského zákona v odôvodnenom prípade (opakovaná neprítomnosť dieťaťa).

Sledovaným obdobím podľa písmena b) je polrok školského roka, kalendárny mesiac alebo dva po sebe nasledujúce kalendárne mesiace podľa režimu ospravedlňovania.

***Vyznačte relevantnú možnosť**

Časť B. (vyplní lekár)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Potvrdzujem, že dieťa bolo v období od do choré.

Dátum vystavenia potvrdenia:

.....
podpis a pečiatka lekára

Materská škola, Ľ. Štúra, 5/5, Beluša

Potvrdenie lekára na ospravedlnenie neprítomnosti dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu

Meno a priezvisko dieťaťa:, šk. rok 20 / 20

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia od do

Predloženie potvrdenia od lekára sa vyžaduje z dôvodu, že: *

- a) neprítomnosť dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu trvala viac ako 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní,
- b) neprítomnosť dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu presiahla počet vyučovacích dní v sledovanom období podľa príslušného režimu ospravedlňovania,
- c) materská škola vyžaduje lekárske potvrdenie o chorobe podľa § 144 ods. 13 školského zákona v odôvodnenom prípade (opakovaná neprítomnosť dieťaťa).

Sledovaným obdobím podľa písmena b) je polrok školského roka, kalendárny mesiac alebo dva po sebe nasledujúce kalendárne mesiace podľa režimu ospravedlňovania.

***Vyznačte relevantnú možnosť**

Časť B. (vyplní lekár)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Potvrdzujem, že dieťa bolo v období od do choré.

Dátum vystavenia potvrdenia:

.....
podpis a pečiatka lekára