

LEKÁRSKE POTVRDENIE O CHOROBE DIEŤAŤA/ŽIAKA

Meno a priezvisko dieťaťa/žiaka:*

.....

bol v škole neprítomný od do.....*

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

.....

Meno a priezvisko lekára:

.....

Potvrdzujem, že neprítomnosť dieťaťa/žiaka v škole v uvedenom období trvala z dôvodu ochorenia.

Dátum vystavenia potvrdenia:

.....
podpis a pečiatka lekára

*Vyplní rodič alebo škola

Podľa § 144 ods. 13 zákona č. 245/2008 Z. z o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov vo výnimočných a osobitne odôvodnených prípadoch škola môže vyžadovať lekárske potvrdenie o chorobe alebo iný doklad potvrdzujúci odôvodnenosť neprítomnosti dieťaťa/žiaka.

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť **Súkromnej spojenej školy, Vodárenska 3, Prešov**

.....

.....
podpis a pečiatka