**Lekárske potvrdenie o chorobe dieťaťa**

**Časť A.** (vyplní škola)

Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................................................

Dátum narodenia dieťaťa: ......................................

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia od ....................................... do ......................................

od ...................................... do .......................................

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedlňuje lekár z dôvodu¹ , 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)