Materská škola Školská 612/6A Vojčice

Časť A. (vyplní škola)

Potvrdenie lekára na ospravedlnenie neprítomnosti dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Školský rok 20 ..../ 20 ....

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

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.

.....
Mgr. Anna Ondrej, riad. školy

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

* Relevantnú možnosť vyznačí materská škola