**MATERSKÁ ŠKOLA ODBOJÁROV 9, 974 11 BANSKÁ BYSTRICA**

**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 dôvodu 1 , 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)