

Časť A. (vyplní škola)

Lekárske potvrdenie o chorobe dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa:

Školský rok: 2026/2027

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 trvala súhrnne počas kalendárneho mesiaca viac ako 14 vyučovacích dní,
- c) neprítomnosť dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu trvala súhrnne počas 2 po sebe nasledujúcich kalendárov mesiacov viac ako 21 vyučovacích dní

.....
meno, priezvisko a podpis riaditeľa materskej
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

* Zakrúžkujte vhodnú možnosť uvedenú v písmenách a) až c)