

Spojená škola, Čajkovského 50, Trnava

Lekárske potvrdenie o ochorení

Meno a priezvisko žiaka:

Trieda: Školský rok: 2026/2027 Dátum narodenia:

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia/úrazu:

od do

od do

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedľňuje lekár z dôvodu, že: **

a) neprítomnosť presiahla zákonom určený počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia,

b) neprítomnosť presiahla zákonom určený počet vyučovacích dní/hodín v sledovanom období, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia,

c) škola vyžaduje lekárske potvrdenie podľa § 144 ods. 13 školského zákona v odôvodnených prípadoch, kedy neprítomnosť nepresiahla počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní alebo počet vyučovacích dní/hodín, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia

.meno, priezvisko a podpis triedneho učiteľa:.....

Časť B. (vyplní lekár)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

.....

Potvrdzujem, že neprítomnosť dieťa/žiaka v škole od do
trvala z dôvodu ochorenia.

Dátum vystavenia potvrdenia:

.....

podpis a pečiatka lekára