**Lekárske potvrdenie o chorobe dieťaťa / žiaka**

Meno a priezvisko dieťaťa / žiaka:\*

.......................................................................................................................................................

bol v škole neprítomnýod ................................... do...................................\*

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

.......................................................................................................................................................

Meno a priezvisko lekára:

.......................................................................................................................................................

Potvrdzujem, že neprítomnosť dieťaťa / žiaka v škole v uvedenom období trvala z dôvodu ochorenia.

Dátum vystavenia potvrdenia: ....................................

.................................................

podpis a pečiatka lekára

---------------------------------

\*Vyplní škola

*Podľa § 144 ods. 13 zákona č. 245/2008 Z. z o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov vo výnimočných a osobitne odôvodnených prípadoch* ***škola môže vyžadovať lekárske potvrdenie o chorobe*** *alebo iný doklad potvrdzujúci odôvodnenosť neprítomnosti dieťaťa/žiaka.*

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť

Materská škola Gorazdova 28, Spišská Nová Ves

.................................................

podpis a pečiatka