Lekárske potvrdenie o chorobe žiaka

Meno a priezvisko žiaka\*:

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

bol v škole neprítomný od ................................................. do ...................................................\*

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

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

Meno a priezvisko lekára:

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

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

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

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

 podpis a pečiatka lekára

*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 Gymnázia Pavla Horova, Masarykova 1, 071 79 Michalovce

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

 podpis a pečiatka

\*vyplní škola