**Lekárske potvrdenie o chorobe dieťaťa**

**Časť A. (vyplní rodič)**

Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................................................

Dátum narodenia dieťaťa: ............................................................................................

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedlňuje lekár z dôvodu1, 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.

**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