**Časť A. (vyplní zákonný zástupca/plnoletý žiak)**

**Lekárske potvrdenie o ochorení** \*

Meno a priezvisko žiaka: .......................................................................................................................

Školský rok: 2025/ 2026 Trieda: ....................... Dátum narodenia: ...............................................

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia/úrazu od ....................................... do.............................................

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedlňuje lekár z dôvodu, že \*\*

1. neprítomnosť presiahla zákonom určený počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,
2. neprítomnosť presiahla zákonom určený počet vyučovacích dní/hodín v sledovanom období, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,
3. 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 / plnoletý žiak.

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

meno, priezvisko a podpis

zákonného zástupcu/plnoletého žiaka

**Časť B. (vyplní lekár)**

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

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

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

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

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

podpis a pečiatka lekára

\* ochorením sa rozumie aj úraz alebo alergická reakcia

\*\* zakrúžkujte vhodnú možnosť uvedenú v písmenách a) až c)