

LEKÁRSKE POTVRDENIE O OCHORENÍ

Časť A. (vyplní škola)

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 alebo plnoletý žiak,
- b) neprítomnosť presiahla zákonom určený počet vyučovacích hodín v sledovanom období, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca, zástupca zariadenia alebo plnoletý žiak,
- c) škola vyžaduje lekárske potvrdenie podľa § 144 ods. 13 školského zákona v odôvodnenom prípade, hoci neprítomnosť nepresiahla zákonom určený počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní alebo vyučovacích hodín.

meno, priezvisko a podpis triedneho učiteľa

Časť B. (vyplní lekár)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Potvrdzujem, že neprítomnosť žiaka v škole trvala z dôvodu ochorenia:

od _____ do _____

Dátum vystavenia potvrdenia:

_____ *podpis a pečiatka lekára*

* Zakrúžkujte vhodnú možnosť uvedenú v písmenách a) až c).

Ochorením sa rozumie aj úraz alebo alergická reakcia.

Škola akceptuje aj lekárske potvrdenie v štandardnej forme, ak z neho vyplýva obdobie neprítomnosti z dôvodu ochorenia.