

Lekárske potvrdenie o ochorení * / Medical note*

Meno a priezvisko dieťaťa/žiaka/

Name and Surname of child:

Trieda / Class:

Školský rok / School year: 2025/ 2026

Dátum narodenia/ Date of Birth:

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia/úrazu/ Absence Due to Illness/Injury

od / from do/ to

od / from do/ to

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedľňuje lekár z dôvodu, že: *Absence due to illness must be justified by a doctor if:*

**** a)** neprítomnosť presiahla zákonom určený počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak,

***a) the absence exceeds the legally permitted number of consecutive school days that may be excused by a parent/guardian or an adult student,*

b) neprítomnosť presiahla zákonom určený počet vyučovacích dní/hodín v sledovanom období, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak

b) the absence exceeds the legally permitted number of school days/hours within the monitored period that may be excused by a parent/guardian or an adult student,

c) 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.

c) the school requires a medical certificate under § 144, paragraph 13 of the Education Act in justified cases, even if the absence does not exceed the number of consecutive school days or the number of school days/hours that may be excused by a parent/guardian or an adult student.

* ochorením sa rozumie aj úraz alebo alergická reakcia / **Illness also includes injury or allergic reaction.*

** zakrúžkujte vhodnú možnosť uvedenú v písmenách a) až c) / ***Circle the appropriate option from a) to c).*

Časť B. (vyplní lekár) / Part B (to be completed by the doctor)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia/

Name and address of the medical facility:

.....

Potvrdzujem, že neprítomnosť dieťaťa/žiaka v škole od/

I hereby confirm that the child/student was absent from school

From do/ to trvala z dôvodu ochorenia / due to illness.

Dátum vystavenia potvrdenia / Date:

podpis a pečiatka lekára/ Signature and stamp of the doctor: