

Lekárske potvrdenie o ochorení *

Meno a priezvisko dieťa/a/žiaka:

Trieda:

Školský rok: 2025/ 2026

Dátum narodenia:

Nepřítomnosť z dôvodu ochorenia/úrazu:

od do.....

od do.....

Nepřítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedľňuje lekár z dôvodu, že:

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

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

c) škola vyžaduje lekárske potvrdenie podľa § 144 ods. 13 školského zákona v odôvodnených prípadoch, kedy nepřítomnosť nepresiahla počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní alebo počet vyučovacích dní/hodín, ktoré môže ospravedľniť zákonný zástupca/ zástupca zariadenia / plnoletý žiak.

* ochorením sa rozumie aj úraz alebo alergická reakcia.

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

Časť B. (vyplní lekár)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

.....

Potvrďujem, že nepřítomnosť dieťa/a/žiaka v škole

od do..... trvala z dôvodu ochorenia.

Dátum vystavenia potvrdenia:

Podpis a pečiatka lekára:

Medical note on absence due to illness*

Name and Surname of child:

Class:

School year: 2025/ 2026

Date of Birth:

Absence Due to Illness/Injury:

from to

from to

Absence due to illness must be justified by a doctor if:

**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) 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) 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.

* *Illness also includes injury or allergic reaction.*

** *Circle the appropriate option from a) to c).*

Part B (to be completed by the doctor)

Name and address of the medical facility:

.....

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

From to was due to illness.

Date of issue:

Signature and stamp of the doctor: