

Materská škola Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, Košice

Časť A (vyplní škola)

**Potvrdenie lekára na ospravedlnenie neprítomnosti dieťaťa z dôvodu ochorenia
alebo úrazu**

Meno a priezvisko dieťaťa:.....

Školský rok: 2026/2027

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia: od..... do.....

od..... do.....

Predloženie potvrdenia od lekára sa vyžaduje z dôvodu, že: *

- a) neprítomnosť dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu trvala viac ako 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní.
- b) neprítomnosť dieťaťa z dôvodu ochorenia alebo úrazu presiahla počet vyučovacích dní v sledovanom období podľa príslušného režimu ospravedlňovania (prísnejší režim).
- c) materská škola vyžaduje lekárske potvrdenie o chorobe podľa §144 ods. 13 školského zákona v odôvodnenom prípade (opakovaná neprítomnosť dieťaťa).

Sledovaným obdobím podľa písmena b) je polrok školského roka, kalendárny mesiac alebo dva po sebe nasledujúce kalendárne mesiace podľa režimu ospravedlňovania.

Michaela Pavlovská (riaditeľka MŠ)

Časť B. (vyplní lekár)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

.....

Potvrdzujem, že dieťa bolo v období od.....do.....choré.

Dátum vydania potvrdenia:

podpis a pečiatka lekára

*Relevantnú možnosť vyznačí materská škola