



Potvrzení ošetřujícího lékaře o dlouhodobé absenci v souvislosti se zdravotním stavem

Zdravotnické zařízení/lékař _____
tímto potvrzuje zdravotní problémy po dobu, kdy žák školy vykazuje dlouhodobou absenci ze zdravotních důvodů.

Žákyně: _____

od: _____ do: _____

Dne: _____

Razítko a podpis: _____

Dne: _____

Třídní učitel _____

Potvrzení vyžaduje škola na základě ustanovení školního řádu.

Mgr. Lucie Velkoborská
(ředitelka školy)