

Zákonný zástupce žáka/žák střední školy

ŽÁDOST O DOLOŽENÍ ABSENCE LÉKAŘSKÝM POTVRZENÍM

Vzhledem k častým absencím žáka/žákyně z většinou nejasně určených zdravotních důvodů žádáme v souladu se školskou legislativou a ustanovením čl. 3, bod 3.2 školního řádu o dokládání absencí lékařským potvrzením. Vystavení lékařského potvrzení ošetřujícím lékařem ve smyslu dočasné neschopnosti ke studiu je škola oprávněna vyžadovat v souladu s ust. § 38 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Pro vystavení lékařského potvrzení využijte níže přiložený formulář.

Datum:

Ing. Zdeňka Dočekalová
ředitelka

zde odstříhnete

POTVRZENÍ O NÁVŠTĚVĚ LÉKAŘE / DOČASNÉ NESCHOPNOSTI KE STUDIU

Jméno a příjmení žáka:

Den a čas návštěvy lékařského zařízení:

Délka dočasné neschopnosti ke studiu (datum od-do, případně termín kontroly):

.....

Razítko lékařského zařízení, podpis lékaře: