



Evanjelické lýceum
Vranovská 2, 851 01 BRATISLAVA

Tel.: +421 2 63 838 488
+421 911 956 170

Email: evlyceum@evlyceum.sk
Web: www.evlyceum.sk

LEKÁRSKE POTVRDENIE O OCHORENÍ

Meno a priezvisko žiaka: _____

Trieda: _____

Školský rok 2025/ 2026

Dátum narodenia: _____

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia / úrazu od: _____ do: _____

Neprítomnosť z dôvodu ochorenia ospravedľňuje lekár z dôvodu, že

- a) *neprítomnosť presiahla zákonom určený počet po sebe nasledujúcich vyučovacích dní, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca / zástupca zariadenia / plnoletý žiak,
- b) *neprítomnosť presiahla zákonom určený počet vyučovacích dní / hodín v sledovanom období, ktoré môže ospravedlniť zákonný zástupca / zástupca zariadenia / plnoletý žiak,
- 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.

Meno, priezvisko a podpis triedneho učiteľa: _____

Časť B. (vyplní lekár)

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: _____

Potvrdzujem, že neprítomnosť žiaka v škole od: _____ do: _____

trvala z dôvodu ochorenia** / úrazu / iné: _____

Dátum vystavenia potvrdenia: _____

Podpis a pečiatka lekára

* Zakrúžkujte vhodnú voľbu

** Podčiarnite správnu voľbu