Rodič môže svojím rozhodnutím ospravedlniť **dieťa, ktoré plní povinné predprimárne**

vzdelávanie v materskej a špeciálnej materskej škole na 7 po sebe idúcich vyučovacích dní

(víkendy a sviatky sa nepočítajú) aj z dôvodu ochorenia. Pri absencii viac ako 7 po sebe

idúcich vyučovacích dní **z dôvodu ochorenia** musí predložiť **„Potvrdenie od lekára“** od

všeobecného lekára pre deti a dorast, ktorý má vedomosť o prebiehajúcom ochorení (bez

obmedzenia počtu ospravedlnení počas školského roka).

Týmto potvrdzujem, že dieťa ................................................................ nar.:................................., bytom........................................................................., navštevujúce Materskú školu, Perečínska 2546/23,Snina 069 01 bolo v čase od..................................... ošetrené lekárom a bola mu nariadená domáca liečba.

V................... dňa.....................

 pečiatka

 podpis lekára

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Týmto potvrdzujem, že dieťa ................................................................ nar.:....................................., bytom........................................................................., navštevujúce Materskú školu, Perečínska 2546/23,Snina 069 01 bolo v čase od....................................... ošetrené lekárom a bola mu nariadená domáca liečba.

V................... dňa.....................

 pečiatka

 podpis lekára

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Týmto potvrdzujem, že dieťa ................................................................ nar.:....................................., bytom........................................................................., navštevujúce Materskú školu, Perečínska 2546/23,Snina 069 01 bolo v čase od....................................... ošetrené lekárom a bola mu nariadená domáca liečba.

V................... dňa.....................

 pečiatka

 podpis lekára

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------