

## Potvrzení ošetřujícího lékaře o dlouhodobé absenci v souvislosti se zdravotním stavem

Žák: \_\_\_\_\_ Zdravotnické zařízení/lékař \_\_\_\_\_

tímto potvrzuje zdravotní problémy po dobu, kdy žák školy vykazuje dlouhodobou absenci ze zdravotních důvodů.

od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_ Razítko a podpis: \_\_\_\_\_

Třídní učitel: \_\_\_\_\_ Dne: \_\_\_\_\_

Potvrzení vyžaduje škola na základě ustanovení školního řádu.

Ing. Bc. Petra Kalousková v.r.  
ředitelka SOŠ MORAVA o.p.s., Řehořova 5, 618 00 Brno