

OSPRAVEDLNEŇKA

(dieťaťa plniace povinnú predškolskú výchovu a vzdelávanie)

VEC: Ospravedlnenie neprítomnosti dieťaťa v materskej škole

Týmto ja, dolupodpísaný zákonný zástupca

.....

ospravedlňujem neprítomnosť dieťaťa /meno, priezvisko/:

.....

zaradeného do triedy: Termín neprítomnosti: Od: Do:

(spolu počet dní:)

Dôvod neprítomnosti: ☐ Ochorenie / Iné zdravotné dôvody ☐ Vážne rodinné dôvody ☐ Iné:

.....

Vyhlásenie zákonného zástupcu k režimu ospravedlňovania (podľa § 144 ods. 12 zákona č. 245/2008 Z. z.):

Beriem na vedomie a svojím podpisom potvrdzujem, že ako zákonný zástupca uplatňujem právo ospravedlniť neprítomnosť dieťaťa pre chorobu vlastným vyhlásením. Táto neprítomnosť nepresahuje:

- a) legislatívne stanovený limit 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní
- b) súhrnný limit počas kalendárneho mesiaca najviac 14 vyučovacích dní
- c) nepresahuje súhrnný limit 21 vyučovacích dní dvoch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

Som si vedomý/á, že pri prekročení tohto limitu som povinný/á bezodkladne predložiť potvrdenie od ošetrojúceho lekára.

V dňa

OSPRAVEDLNEŇKA

podpis zákonného zástupcu

(dieťaťa plniace povinnú predškolskú výchovu a vzdelávanie)

VEC: Ospravedlnenie neprítomnosti dieťaťa v materskej škole

Týmto ja, dolupodpísaný zákonný zástupca

.....

ospravedlňujem neprítomnosť dieťaťa /meno, priezvisko/:

.....

zaradeného do triedy: Termín neprítomnosti: Od: Do:

(spolu počet dní:)

Dôvod neprítomnosti: ☐ Ochorenie / Iné zdravotné dôvody ☐ Vážne rodinné dôvody ☐ Iné:

.....

Vyhlásenie zákonného zástupcu k režimu ospravedlňovania (podľa § 144 ods. 12 zákona č. 245/2008 Z. z.):

Beriem na vedomie a svojím podpisom potvrdzujem, že ako zákonný zástupca uplatňujem právo ospravedlniť neprítomnosť dieťaťa pre chorobu vlastným vyhlásením. Táto neprítomnosť nepresahuje:

- a) legislatívne stanovený limit 7 po sebe nasledujúcich vyučovacích dní

b) súhrnný limit počas kalendárneho mesiaca najviac 14 vyučovacích dní

c) nepresahuje súhrnný limit 21 vyučovacích dní dvoch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

Som si vedomý/á, že pri prekročení tohto limitu som povinný/á bezodkladne predložiť potvrdenie od ošetrojúceho lekára.

V dňa

.....

podpis zákonného zástupcu