



**Ospravedlnenie žiaka z vyučovania \*)**

---

Žiadam o ospravedlnenie môjho syna (mojej dcéry)

meno a priezvisko \_\_\_\_\_ trieda \_\_\_\_\_ z vyučovania dňa

(v dňoch) \_\_\_\_\_ z dôvodu \_\_\_\_\_

---

---

Súhlasím, aby škola v prípade potreby preverila toto ospravedlnenie žiaka na nasledujúcom telefónnom čísle:

---

Ďakujem za pochopenie.

\_\_\_\_\_  
Meno a priezvisko zákonného zástupcu, ktorý žiada o ospravedlnenie.

V Dolnom Kubíne, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis rodičov (zákonný zástupca)

---

\*) vyplňte paličkovým písmom

*S*

---



**Ospravedlnenie žiaka z vyučovania \*)**

---

Žiadam o ospravedlnenie môjho syna (mojej dcéry)

meno a priezvisko \_\_\_\_\_ trieda \_\_\_\_\_ z vyučovania dňa

(v dňoch) \_\_\_\_\_ z dôvodu \_\_\_\_\_

---

---

Súhlasím, aby škola v prípade potreby preverila toto ospravedlnenie žiaka na nasledujúcom telefónnom čísle:

---

Ďakujem za pochopenie.

\_\_\_\_\_  
Meno a priezvisko zákonného zástupcu, ktorý žiada o ospravedlnenie.

V Dolnom Kubíne, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis rodičov (zákonný zástupca)

---

\*) vyplňte paličkovým písmom

Cirkevná spojená škola, Okružná 2062/25, 026 01 Dolný Kubín



**Potvrdenie o čase strávenom pri ambulantnom vyšetrení**

Žiadam o ospravedlnenie môjho syna (mojej dcéry) meno a priezvisko \_\_\_\_\_ trieda \_\_\_\_\_

narodený /á/ --- ----- z vyučovania dňa (v dňoch) \_\_\_\_\_

z dôvodu návštevy lekára.

V Dolnom Kubíne, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis a pečiatka lekára

✂ \_\_\_\_\_

Cirkevná spojená škola, Okružná 2062/25, 026 01 Dolný Kubín



**Potvrdenie o čase strávenom pri ambulantnom vyšetrení**

Žiadam o ospravedlnenie môjho syna (mojej dcéry) meno a priezvisko \_\_\_\_\_ trieda \_\_\_\_\_

narodený /á/ --- ----- z vyučovania dňa (v dňoch) \_\_\_\_\_

z dôvodu návštevy lekára.

V Dolnom Kubíne, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis a pečiatka lekára

✂ \_\_\_\_\_

Cirkevná spojená škola, Okružná 2062/25, 026 01 Dolný Kubín



**Potvrdenie o čase strávenom pri ambulantnom vyšetrení**

Žiadam o ospravedlnenie môjho syna (mojej dcéry) meno a priezvisko \_\_\_\_\_ trieda \_\_\_\_\_

narodený /á/ --- ----- z vyučovania dňa (v dňoch) \_\_\_\_\_

z dôvodu návštevy lekára.

V Dolnom Kubíne, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis a pečiatka lekára

✂ \_\_\_\_\_

Cirkevná spojená škola, Okružná 2062/25, 026 01 Dolný Kubín



**Potvrdenie o čase strávenom pri ambulantnom vyšetrení**

Žiadam o ospravedlnenie môjho syna (mojej dcéry) meno a priezvisko \_\_\_\_\_ trieda \_\_\_\_\_

narodený /á/ --- ----- z vyučovania dňa (v dňoch) \_\_\_\_\_

z dôvodu návštevy lekára.

V Dolnom Kubíne, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis a pečiatka lekára