

## Potvrzení o době trvání léčení

Potvrzujeme, že žák/žákyně..... byl(a) v době od .....  
do ..... nemocen(a) a nemohl(a) se účastnit vyučování ve škole.

V ..... dne.....

.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

---

## Potvrzení o době trvání léčení

Potvrzujeme, že žák/žákyně..... byl(a) v době od .....  
do ..... nemocen(a) a nemohl(a) se účastnit vyučování ve škole.

V ..... dne.....

.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

---

## Potvrzení o době trvání léčení

Potvrzujeme, že žák/žákyně..... byl(a) v době od .....  
do ..... nemocen(a) a nemohl(a) se účastnit vyučování ve škole.

V ..... dne.....

.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře