



Základní škola Šlapanice

## Lékařské potvrzení

Potvrzuji, že žák(yně) .....  
jméno a příjmení datum narození

byl(a) ošetřen(a) v našem zdravotnickém zařízení dne .....

zdravotní stav .....  
nemoc od – do

.....  
razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Základní škola Šlapanice, okres Brno-venkov, příspěvková organizace | Masarykovo nám. 1594/16, 664 51 Šlapanice  
IČ: 75023920 | DIČ: CZ 75023920 | číslo účtu: 2028491349/0800,  
Tel.: 544120311 | fax: 544120301 | email: [kancelar@zsslapanice.cz](mailto:kancelar@zsslapanice.cz) | web: [www.zsslapanice.cz](http://www.zsslapanice.cz)



Základní škola Šlapanice

## Lékařské potvrzení

Potvrzuji, že žák(yně) .....  
jméno a příjmení datum narození

byl(a) ošetřen(a) v našem zdravotnickém zařízení dne .....

zdravotní stav .....  
nemoc od – do

.....  
razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Základní škola Šlapanice, okres Brno-venkov, příspěvková organizace | Masarykovo nám. 1594/16, 664 51 Šlapanice  
IČ: 75023920 | DIČ: CZ 75023920 | číslo účtu: 2028491349/0800,  
Tel.: 544120311 | fax: 544120301 | email: [kancelar@zsslapanice.cz](mailto:kancelar@zsslapanice.cz) | web: [www.zsslapanice.cz](http://www.zsslapanice.cz)