

OMLUVA ABSENCE LÉKAŘEM

Jméno a příjmení dítěte:

Den, měsíc, rok narození:

Adresa:

Doba trvání absence od do

.....

datum

.....

razítko a podpis ošetřujícího lékaře

OMLUVA ABSENCE LÉKAŘEM

Jméno a příjmení dítěte:

Den, měsíc, rok narození:

Adresa:

Doba trvání absence od do

.....

datum

.....

razítko a podpis ošetřujícího lékaře