

Ime institucije:

---

---

OPRAVDANJE\*

Kojim se opravdavaju izostanci \_\_\_\_\_(ime i prezime deteta),  
koji/a je u periodu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ .god bolovao/la od  
\_\_\_\_\_.

POTVRĐUJE SE DA JE IMENOVANI/A SPOSOBAN ZA TRENAŽNA OPTEREĆENJA U PUNOM / SMANJENOM  
OBIMU (zaokružiti).

Datum:

---

Potpis i pečat lekara

---

\* Ovaj dokument može biti deo Izveštaja lekara specijaliste, ne mora biti poseban dokument!