**UČO, jméno, příjmení:**

**Den, měsíc, rok narození:**

**Kontaktní adresa:**

**Obor v CŽV:**

**Semestr studia:**

**Omluva absence**

*(vyplňuje lékař)*

Doba trvání absence: od ……………………………………………………… do ………………………………………………………

Důvod absence:

Přílohy:

………………………………… …………………………………………………………………………………

datum razítko a podpis ošetřujícího lékaře

**Upozornění:** Omluvenku je třeba doručit na Centrum celoživotního vzdělávání PdF MU nebo ji můžete zaslat e-mailem na adresu ccv@ped.muni.cz.