

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.