**IGAZOLÁS**

Alulírott igazolom, hogy ………………………………………………….., aki az **AM DASzK Móricz Zsigmond Mezőgazdasági Szakgimnáziuma, Szakközépiskolája és Kollégiuma iskola** (címe: 7400 Kaposvár, Guba Sándor u. 40.) …………………. osztályos tanulója, ……………………………………………………… napo(ko)n, az iskolai tanítási óráról /az iskola által szervezett foglalkozásról jogszerűen van távol.

A távolmaradás oka: ……………………………………………………………………………

Dátum: ………………………………………

P. H.

…………………………………………………..

 Orvos / Iskolaorvos

**IGAZOLÁS**

Alulírott igazolom, hogy ………………………………………………….., aki az **AM DASzK Móricz Zsigmond Mezőgazdasági Szakgimnáziuma, Szakközépiskolája és Kollégiuma iskola** (címe: 7400 Kaposvár, Guba Sándor u. 40.) …………………. osztályos tanulója, ……………………………………………………… napo(ko)n, az iskolai tanítási óráról /az iskola által szervezett foglalkozásról jogszerűen van távol.

A távolmaradás oka: ……………………………………………………………………………

Dátum: ………………………………………

P. H.

…………………………………………………..

Orvos / Iskolaorvos