

Adresa ambulancie:

MUDr.

Vec:

**Súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast s pokračovaním plnenia povinného
predprimárneho vzdelávania**

Na základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa, narodeného
..... **súhlasím/nesúhlasím** s pokračovaním plnenia povinného
predprimárneho vzdelávania.

Tento súhlas sa vydáva podľa § 28a ods. 3 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní
(školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V dňa

.....
pečiatka a podpis lekára