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

\*nehodiace sa prečiarknite