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