Adresa ambulancie:

**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