

Adresa ambulancie: _____

Všeobecný lekár pre deti a dorast: _____

Vec

Pokračovanie 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