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