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