

Detský lekár: _____

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 predprimárneho vzdelávania .

Tento súhlas vydáva podľa §28a ods. 3 zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní
(školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V, dňa

.....
Pečiatka a podpis lekára

*nehodiace sa preškrtnúť