

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