Adresa ambulancie:...........................................................................................................

Všeobecný lekár pre deti a dorast: (meno, priezvisko)......................................................

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 Martine,dňa: .............................................

 ...................................................................

 pečiatka a podpis lekára