

Adresa ambulancie.....

Meno a priezvisko lekára.....

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.

Vdátum.....

.....

pečiatka a podpis lekára