

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, podpis lekára