

Adresa ambulancie:

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

Vec

Pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania

Na základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

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