Ambulancia:

Adresa:

**Súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania**

Meno a priezvisko dieťaťa: ...........................................................................

Dátum narodenia: ...........................................................................

Bydlisko: ...........................................................................

V zmysle § 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

**súhlasím / nesúhlasím**\*

s pokračovaním horeuvedeného dieťaťa v pokračovaní plnenia povinného predprimárneho vzdelávania v materskej škole na základe posúdenia zdravotného stavu uvedeného dieťaťa.

Dôvod:...........................................................................................................................................

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

V .......................................... dňa .......................

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

 pečiatka a podpis lekára

\* Nehodiace sa preškrtnite.