

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

Názov a adresa ambulancie:

Meno lekára:

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.

Dátum

Pečiatka a podpis lekára.....

*nehodiace sa prečiarknite