

Adresa ambulancie:

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

Vec

**Pokračovanie 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 a podpis lekára