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 Príklade 9. apríla 2021 ................................................................... pečiatka a podpis lekár