Príloha č. 3

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 Dňa:

...................................................................
 pečiatka a podpis lekára