

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 Košiciach dňa

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