Príloha č. 3

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