

Materská škola Pri Šajbách 22A, 831 06 Bratislava

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