## Príloha č. 5

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 na žiadosť zákonných zástupcov dieťaťa.

V ........................................, dňa.....................

...................................................................

pečiatka a podpis lekára