

Súhlas pediatra s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania

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