Príloha č. 4

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 Bratislave dňa .......................

pečiatka a podpis lekára