Adresa ambulancie:

MUDr.

**Vec :**

**Súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast s výnimočným prijatím na plnenie**

**povinného predprimárneho vzdelávania**

Na základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa ............................................................................

narodeného ............................................... **súhlasím/nesúhlasím**

**s výnimočným prijatím na plnenie povinného predprimárneho vzdelávania**

 v školskom roku 2022/2023

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