

Meno a priezvisko všeobecného lekára pre deti a dorast:

Adresa ambulancie:

Podľa § 28a ods. 3 školského zákona č. 245/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov **súhlasím** s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania dieťaťa

meno a priezvisko:.....

dátum narodenia:.....

v školskom roku/.....

.

.....

pečiatka a podpis lekára

V, dňa