Adresa ambulancie:

MUDr.

Vec

**Súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast s individuálnym vzdelávaním dieťaťa, pre ktoré je predprimárne vzdelávanie povinné**

Na základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa ............................................, narodeného ............................................... **súhlasím/nesúhlasím** s individuálnym vzdelávaním zo zdravotných dôvodov.

Tento súhlas sa vydáva podľa § 28b 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