

**LEKÁRSKE POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA**

Ako všeobecný lekár pre deti a dorast podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a súčasne podľa § 28a ods. (3) Zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov, **vyjadrujem:**

SÚHLAS /  NESÚHLAS\*

s pokračovaním plnenia predprimárneho vzdelávania

v školskom roku ...../.....

pre dieťa (meno a priezvisko):.....

narodené dňa:....., RČ:.....

adresa trv. pobytu:.....

V .....dňa.....

Pečiatka a podpis lekára

\*nehodiace sa prečiarknite