

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 Nových Zámkoch, dňa: .....

.....  
Pečiatka a podpis lekára