



**SPOJENÁ ŠKOLA JÁNA VOJTAŠŠÁKA INTERNÁTNA**  
**Organizačná zložka Špeciálna materská škola Jána Vojtaššáka internátna**  
**Kláštorská 24/a, Levoča 054 01**

Adresa ambulancie:

MUDr.

**Vec:** Písomný súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast v pokračovaní povinného predprimárneho vzdelávania

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

narodeného dňa .....

**súhlasím / nesúhlasím** s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania.

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 ....., dňa.....

.....  
pečiatka a podpis lekára