**Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Ako všeobecný lekár pre deti a dorast vyjadrujem 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 § 28a ods (3) Zákona č. 245/ 2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Súhlas – nesúhlas\*

s výnimočným prijatím na plnenie povinného predprimárneho vzdelávania v školskom roku 20…./20….. pre dieťa:

Narodené dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum ……………………………….Pečiatka a podpis lekára…………………………………….

\*nehodiace sa prečiarknite