

Adresa ambulancie:

*A körzeti orvosi rendelő címe:*

Všeobecný lekár pre deti a dorast: (meno, priezvisko)

*Általános gyermekorvos (utónév, családi név):*

Vec

**Pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania**

Na základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa ....., narodeného ..... **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 Príklade DD. MM. RRRR

**Tárgy:** Kötelező óvodai oktatás folytatása (tankötelezettség megkezdésének halasztása)

..... gyermek, született ..... egészségi állapotának felmérése alapján **hozzájárulok / nem járulok hozzá** ahhoz, hogy a gyermek tovább folytassa a kötelező óvodai oktatást.

A beleegyező nyilatkozatot az oktatásról és nevelésről, valamint egyes törvények módosításáról szóló többször módosított 245/2008. törvény (közoktatási törvény) 28a. § (3) bekezdése alapján teszem.

Kelt: .....

.....  
pečiatka a podpis lekára  
a kezelőorvos aláírása és pecsétje