

# LEKÁRSKE POTVRDENIE

## O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA

PaedDr. Gabriela Čubová, PhD., riaditeľka  
**Súkromná materská škola**  
Rovná 597/15  
058 01 Poprad

Poprad \_\_\_\_\_

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.

Meno a priezvisko dieťaťa \_\_\_\_\_

Dátum narodenia \_\_\_\_\_

Školský rok \_\_\_\_\_

\* *nehodiace sa prečiarknite*

\_\_\_\_\_

odtlačok pečiatky a podpis lekára