**Meno a priezvisko všeobecného lekára pre deti a dorast:**

**Adresa ambulancie:**

Podľa § 28b ods. 3 školského zákona č. 245/2008 Z. z. v znení neskorších predpisovna základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa

meno a priezvisko:.................................................................................................................................................. dátum narodenia:...................................................................................................................................................... **súhlasím**

s  individuálnym vzdelávaním zo zdravotných dôvodov.

.

 ...................................................................

 pečiatka a podpis lekára

V ................................................................., dňa .................................