**Príloha č. 3**

***Anlage Nr. 3***

Adresa ambulancie:

*Adresse der Arztpraxis:*

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

Kinder- und Jugendarzt: (Name, Nachname)

Vec

Betreff

**Pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania**

***Fortsetzung der Vorschulpflicht***

Na základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa ............................................, narodeného ............................................... **súhlasím/nesúhlasím** s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania.

*Auf der Grundlage der Beurteilung des Gesundheitszustands des Kindes ............................................, geboren am ...............................................* ***stimme*** *ich der Fortsetzung der Vorschulpflicht* ***zu/nicht zu****.*

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.

*Diese Zustimmung wird gemäß § 28a Abs. 3 des Gesetzes Nr. 245/2008 Gesetzesslg. über Erziehung und Bildung (Schulgesetz) und über Änderung und Ergänzung einiger Gesetze in der jeweils gültigen Fassung erteilt.*

V Príklade DD. MM. RRRR

In …………., am TT.MM.JJJJ

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

 pečiatka a podpis lekára

 *Stempel und Unterschrift des Arztes*