

Ambulancia všeobecného lekára pre deti a dospelosť _____

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Adresa:

Dátum:

Vec: Odporúčenie všeobecného lekára pre deti a dospelosť.

Ambulancia všeobecného lekára pre deti a dospelosť _____,
odporúča zaradenie dieťaťa _____ do 1. ročníka základnej
školy na plnenie povinnej školskej dochádzky v školskom roku ____ / ____.

Pečiatka a podpis

Zákon č. 245/2008 Z.z. § 19 ods. 8 Povinná školská dochádzka

Ak zákonný zástupca dieťaťa požiada o to, aby bolo na plnenie povinnej školskej dochádzky výnimočne prijaté dieťa, ktoré nedovršilo šiesty rok veku, je povinný k žiadosti predložiť súhlasné vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a súhlasné vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dospelosť.