

Ambulancia všeobecného lekára pre deti a dorast .....

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Adresa:

Dátum:

**Vec: Odporúčenie všeobecného lekára pre deti a dorast.**

Ambulancia všeobecného lekára pre deti a dorast .....,  
odporúča zaradenie dieťaťa ..... do prípravného ročníka pre  
žiacov s narušenou komunikačnou schopnosťou v školskom roku 2013/2014.

.....

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 nedovŕšilo šiesty rok veku, je povinný k žiadosti predložiť súhlasné vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a súhlasné vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast.