**P O T V R D E N I E**

Meno a priezvisko dieťaťa:.......................................................................................................

Dátum narodenia:......................................................................................................................

Adresa trvalého bydliska:..........................................................................................................

Dieťa bolo dňa........................... vyšetrené za účelom posúdenia **školskej spôsobilosti.**

**Na základe výsledkov vyšetrenia:**

Súhlasím **s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania** v školskom roku 2021/2022 v materskej škole podľa § 28a ods. 3 školského zákona.

**Odôvodnenie:**

Dieťa t. č. nespĺňa kritériá školskej spôsobilosti a preto neodporúčam jeho zaškolenie do 1. ročníka ZŠ.

Vyšetril/a:...........................................................

 *(meno a priezvisko lekára)*

V Prievidzi dňa....................................... ..................................................................

 *(pečiatka a podpis lekára)*