|  |  |
| --- | --- |
| **Povinné predprimárne vzdelávanie-**  **ospravedlnenie dieťaťa**  **POTVRDENIE O CHOROBE**  Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................  Dátum narodenia: .....................  Vynechanie povinného predprimárneho vzdelávania v dňoch  od- do: ......................................................  Dôvod vynechania: .......................................................................    Podpis a pečiatka lekára: .............................................................. | **Povinné predprimárne vzdelávanie-**  **ospravedlnenie dieťaťa**  **POTVRDENIE O CHOROBE**  Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................  Dátum narodenia: .....................  Vynechanie povinného predprimárneho vzdelávania v dňoch  od- do: ........................................................  Dôvod vynechania: .......................................................................    Podpis a pečiatka lekára: .............................................................. |
| **Povinné predprimárne vzdelávanie-**  **ospravedlnenie dieťaťa**  **POTVRDENIE O CHOROBE**  Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................  Dátum narodenia: .....................  Vynechanie povinného predprimárneho vzdelávania v dňoch  od- do: ......................................................  Dôvod vynechania: .......................................................................    Podpis a pečiatka lekára: .............................................................. | **Povinné predprimárne vzdelávanie-**  **ospravedlnenie dieťaťa**  **POTVRDENIE O CHOROBE**  Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................  Dátum narodenia: .....................  Vynechanie povinného predprimárneho vzdelávania v dňoch  od- do: .......................................................  Dôvod vynechania: .......................................................................    Podpis a pečiatka lekára: .............................................................. |