**Odporučenie všeobecného lekára pre deti a dorast**

**k povoleniu individuálneho vzdelávania žiaka so zdravotným znevýhodnením**

Dieťa: ..........................................................................

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

Bydlisko: ..........................................................................

Odôvodnenie:..................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................

V ...........................................

dňa ......................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pečiatka a podpis