\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meno, priezvisko zákonného zástupcu , adresa trvalého bydliska

 Materská škola

 ZŠ s MŠ Hlinisko 320

 034 83 Liptovská Teplá

Vec: Žiadosť o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania

Žiadam o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania nášho dieťaťa v školskom roku................

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

Dátum narodenia..............................................................................

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

Prílohy k žiadosti:

* písomný súhlas príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie
* písomný súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast
* informovaný súhlas zákonného zástupcu

V.................................................. dňa............................................

......................................................................................................................................................

podpis zákonných zástupcov dieťaťa