



Základná škola, Ul. Komenského 6, Spišské Vlachy

## Žiadosť zákonného zástupcu o povolenie individuálneho vzdelávania

Základná škola, Ul. Komenského 6  
Komenského 6  
053 61 Spišské Vlachy

### Zákonný zástupca dieťaťa:

Krstné meno:

Priezvisko:

Titul pred menom:

Titul za menom:

Ulica a číslo:

Mesto:

PSC:

Na základe návrhu všeobecného lekára pre deti a dorast (alebo uviesť iný dôvod):

### žiadam o povolenie individuálneho vzdelávania pre

### Základné údaje dieťaťa

Krstné meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Trieda:

**z dôvodu:**

K žiadosti priložujem:

Za vybavenie žiadosti ďakujem

V \_\_\_\_\_, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupcu