

Zákonný zástupca žiaka

Meno a priezvisko matky:
Bydlisko: Telefonický kontakt:
Meno a priezvisko otca :
Bydlisko: Telefonický kontakt:

Riaditeľstvo
ZŠ s MŠ Jozefa Ligoša
Chlebnice 134
027 55

Vec: Žiadosť o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania dieťaťa v materskej škole

Týmto Vás žiadam o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania môjho dieťaťa v materskej škole

meno a priezvisko

narodené v

rodné číslo :

bytom

Žiadosť odôvodňujem tým, že moje dieťa nie je telesne a duševne dostatočne vyspelé pre plnenie povinností vyplývajúcich z povinnej školskej dochádzky.

Ku svojej žiadosti prikladám:

1. Písomný súhlas príslušného zariadenia poradenstva a prevencie
2. Písomný súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast
3. Informovaný súhlas zákonného zástupcu

V Chlebniciach dňa

.....
podpis matky

V Chlebniciach dňa

.....
podpis otca