

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 individuálne vzdelávanie**

Žiadam Vás o o individuálne vzdelávanie pre svojho syna/dcéru žiaka Vašej školy.

Meno a priezvisko

narodený/-á v

bytom

žiaka/žiačky triedy v termíne od do

Odôvodnenie:

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

V Chlebniciach dňa

.....
podpis matky

V Chlebniciach dňa

.....
podpis otca

Príloha:

1. Odporúčenie všeobecného lekára pre deti a dorast*
2. Odporúčenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie*

* nehodiace sa prečiarknite