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

Meno zákonného zástupcu, trvalé bydlisko:

 **Materská škola**

 **Ulička 292/1**

 **919 51 Špačince**

**VEC : Žiadosť o pokračovanie povinného predprimárneho vzdelávania v MŠ**

**Žiadame o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania nášho dieťaťa (dieťa dovŕši k 31.8. 6 rokov):**

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

Dátum narodenia …………………………

Bydlisko, PSČ ……………………...………………………………………………

V Špačinciach ,dňa: .............................................

.............................................................. ……………………………………

 **podpis zákonného zástupcu podpis zákonného zástupcu**

K žiadosti je potrebné doložiť:

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