­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa trvalého pobytu

ZŠ s MŠ Spartakovská 5

917 01 Trnava

Vec: Žiadosť o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania dieťaťa.

 Žiadam o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania pre moje dieťa:

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Trvale bytom:

S pozdravom

V Trnave dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis zákonného zástupcu

Prílohy:

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