Meno a priezvisko , adresa zákonného zástupcu dieťaťa

Materská škola

Ivanská cesta 32/E

821 04 Bratislava

**Vec :** Žiadosť o prerušenie dochádzky dieťaťa.

Žiadam o prerušenie dochádzky dieťaťa do materskej školy:

Meno dieťaťa : ........................................................... Narodené : ............................................

Bydlisko : .....................................................................................................................................

V termíne od : .............................. do : ......................................

Z dôvodu : ..........................................................................................................................................

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

V Bratislave dňa : ...................................... ..........................................................

Podpis rodiča /zákonného zástupcu

\*Prílohy:

Lekárske potvrdenie

Potvrdenie o pobyte v zdravotníckom zariadení Iné potvrdenie

Vypĺňa materská škola

Vyjadrenie riaditeľa materskej školy:

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

................................................................................................................................................................... V Bratislave dňa : .............................. ...........................................

Tlčíková Andrea

 Riaditeľka MŠ