

Meno a priezvisko žiadateľa:.....

Trvalý pobyt:.....

Doplňujúci údaj – číslo elektronickej schránky (alebo dátum narodenia)

.....

Žiadosť
o prerušenie dochádzky dieťaťa do materskej školy

Meno a priezvisko dieťaťa: _____

Dátum narodenia: _____

žiadame riaditeľku Materskej školy, Ul. A. Sládkoviča 1130, 966 81 Žarnovica
o prerušenie dochádzky do materskej školy

od _____ do _____

zo zdravotných dôvodov (príloha- potvrdenie od lekára)

V Žarnovici: _____

Dňa: _____

Podpis žiadateľa _____

Potvrdenie lekára pre deti a dorast:

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