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

Meno zákonného zástupcu, trvalé bydlisko:

 **Materská škola**

 **Lachova 31**

 **851 03 Bratislava**

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

**Žiadame o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania nášho dieťaťa (dieťa dovŕši k 31.8.20..... 6 rokov):**

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

Dátum narodenia …………………………

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

V Bratislave 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 zákonných zástupcov.**