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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu, trvalé bydlisko:

 **ZŠ s MŠ Dolné Orešany**

**DolnéOrešany 209**

 **919 02 D. Orešany**

**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 /miesto/ 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.**