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

(Meno, priezvisko rodiča/zákonného zástupcu a adresa trvalého bydliska)

Váž. pani riaditeľka

 PaedDr. Karina Gažiová

Špeciálna materská škola

pre deti s telesným postihnutím

Školská 5

968 01 Nová Baňa

V ............................................ , dňa ................................

Vec: Žiadosť o pokračovanie v plnení povinného predprimárneho vzdelávania

Podpísaná/ý ............................................................................ zákonný zástupca maloletej/maloletého............................................................................., narodenej/ narodeného ........................................, bytom ........................................................................................ týmto žiadam o pokračovanie v plnení povinného predprimárneho vzdelávania mojej/môjho dcéry/ syna v Špeciálnej materskej škole pre deti s telesným postihnutím v školskom roku ..................................... .

V prílohe prikladám :

1. písomný súhlas príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie

2. písomný súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast

3. Informovaný súhlas zákonného zástupcu

                                                                                             .........................................................
 Podpis zákonného zástupcu dieťaťa

Telefonický kontakt......................................................

E- mail : .......................................................................