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

Meno, priezvisko, adresa trvalého bydliska zákonných zástupcov

Základná škola s materskou školou

Trnková 1

Bratislava - Jarovce

Vec : **Žiadosť o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania.**

Žiadam o pokračovanie  plnenia povinného predprimárneho vzdelávania môjho dieťaťa ...................................................................................... nar. ....................................,

bydlisko .......................................................................................................................................,

v šk. roku ........................................ v materskej škole.

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

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

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

podpis zákonných zástupcov