

 ***Základná škola s materskou školou Ondreja Štefku***

 *M. R. Štefánika 432, 013 03 VARÍN*

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

Meno zákonného zástupcu, trvalé bydlisko:

**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 ……………………...………………………………………………

Vo Varíne 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.**