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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu, trvalé bydlisko:

 **Materská škola Miloslavov**

 **Centrálna ulica 87/9**

 **Miloslavov 900 42**

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

Žiadame o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania nášho dieťaťa.

Dieťa dovŕši k 31.8. 2021 vek 6 rokov.

**Meno a priezvisko dieťaťa:** .......................................................

**Rodné číslo:** .................................................................................

**Dátum narodenia:** .........................................................................

**Trvale bytom:** ...............................................................................

V Miloslavove, dňa: .............................................

.............................................................. ……………………………………

**podpis zákonného zástupcu podpis zákonného zástupcu**

Prílohy:

1. písomný súhlas príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie
2. písomný súhlas lekára pre deti a dorast
3. informovaný súhlas zákonného zástupcu.