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

meno a priezvisko rodiča, adresa, PSČ

 ZŠsMŠ M.R.Štefánika

 Grosslingová 48

 811 09 Bratislava

Vec: Žiadosť o prerušenie dochádzky dieťaťa

Žiadam od................. do............................ o prerušenie dochádzky do materskej školy môjho

 dieťaťa.........................................................narodeného.............................................................

 bytom...........................................................................................................................................

 z dôvodu.......................................................................................................................................

Zároveň žiadam o odpustenie (presunutie uhradeného) poplatku za obdobie............................

V Bratislave dňa........................................ ..................................................

 podpis rodiča

Príloha:

*1)*

lekárske potvrdenie

potvrdenie o pobyte v zdravotníckom zariadení iné potvrdenie