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

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