|  |  |
| --- | --- |
| Meno, priezvisko otca | ................................................................................. |
| Trvalé bydlisko otca | ................................................................................. |
| Telef. kontakt | ................................................................................. |
| Meno, priezvisko matky | ................................................................................. |
| Trvalé bydlisko matky | ................................................................................. |
| Škola: | Základná škola s materskou školou Selec Selec 183 |
|  | 913 36 Selec |

Žiadam Vás, aby moje dieťa mohlo **v školskom roku 2024/2025 pokračovať v povinnom predprimárnom vzdelávaní v materskej škole**.

Meno a priezvisko dieťaťa .................................................................................

Dátum narodenia ................................................................................

Ku svojej žiadosti prikladám :

1. odporúčanie CPPPaP v .........................................................................................,

1. odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast,

1. informovaný súhlas zákonného zástupcu.

V .............................................................. dňa .........................................

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

podpis otca podpis matky