|  |  |
| --- | --- |
| 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