**Meno a priezvisko zákonných zástupcov:**

**Matka:** ............................................................................................(uviesť meno a priezvisko),

**Trvalé bydlisko: ...........................................................................................................................**

**Otec...................................................................................................** (uviesť meno a priezvisko),

**Trvalé bydlisko: ..........................................................................................................................**

ZŠ s MŠ Považské Podhradie

Považské Podhradie 169

Považská Bystrica

Riaditeľka

Mgr. Dagmar Chrabačková

**VEC: Žiadosť o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania**

Žiadame o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania nášho syna/dcéry :

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

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

**Trvalé bydlisko: .......................................................................................................................**

V .....................................dňa: .....................................

Podpis zákonných zástupcov \*

Matka:.....................................................

Otec : ......................................................

**Prílohu tejto žiadosti tvorí:**

* písomný súhlas príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie
* písomný súhlas lekára pre deti a dorast
* informovaný súhlas zákonného zástupcu

\* v prípade právoplatného jedného zákonného zástupcu sa vyžaduje len jeden