# Meno rodiča, bydlisko

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riaditeľka MŠ

Bc. Irena Ludvigová

M. Marečka č. 20

841 08 Bratislava

**VEC:**

#  **Žiadosť zákonného zástupcu o prerušení dochádzky do MŠ**

o odpustení úhrady príspevku za pobyt dieťaťa v materskej škole § 28 ods. 7 písm. a) dieťa ktoré má prerušenú dochádzku do materskej školy na viac ako tridsať po sebe nasledujúcich kalendárnych dní z dôvodu choroby, alebo rodinných dôvodov preukázateľných spôsobom.

Žiadam o prerušenie dochádzky môjho dieťaťa: ( meno, priezvisko, dátum narodenia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Od do** z dôvodu: zdravotné problémy

 rodinné problémy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. zároveň prikladám lekárske potvrdenie a) áno b) nie
2. iné potvrdenie

Podpis zákonného

 zástupcu dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V Bratislave dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_