|  |
| --- |
| **Meno dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Údaje o povinnom očkovaní:** Prehlasujem, údaje o povinnom očkovaní sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade nepravdivých  údajov môže byť Rozhodnutie o umiestnení môjho dieťaťa do  MŠ zrušené.V Bratislave \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa |