|  |
| --- |
| **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 |