Vaše meno

Adresa, PSČ, mesto | Telefón  | E-mail

Základná škola s materskou školou Trnovec nad Váhom 302

Školská č. 302

925 71 Trnovec nad Váhom

Vec: Žiadosť o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania

Žiadam o pokračovanie povinného predprimárneho vzdelávania pre moje dieťa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ narodené\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bytom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 v školskom roku 2021/2022.

V Trnovci nad Váhom dňa ......................

S pozdravom

......................................................................................................................................
Meno a priezvisko, podpis zákonného zástupcu dieťaťa č.1

........................................................................................................................................
Meno a priezvisko, podpis zákonného zástupcu dieťaťa č. 2

**Prílohy:**

Súhlasné stanovisko CPPPaP

Súhlasné stanovisko všeobecného lekára pre deti a dorast