Adresa zákonného zástupcu dieťaťa (žiadateľa)

 Riaditeľka MŠ

Ľubica Komacsková

 MŠ Röntgenova 16

 851 01 Bratislava

Vec:

# Žiadosť o prerušenie dochádzky dieťaťa do MŠ

Dolupodpísaná/-ý........................................................................................................... žiadam riaditeľku MŠ o prerušenie dochádzky môjho dieťaťa ...............................................

................................................................nar.: ................................ do MŠ Röntgenova 16 v termíne od ................ do ............................................ z  dôvodu ............................................

.....................................................................................................................................................

V prílohe prikladám lekárske potvrdenie.

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

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

 podpis zákonného zástupcu dieťaťa