Vaše meno

Adresa, PSČ, mesto | Telefón  | E-mail

Dátum

Meno príjemcu

Spoločnosť

Adresa  
Mesto, PSČ

Vec: Žiadosť o pokračovanie povinného predprimárneho vzdelávania

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

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 detského lekára