**Ž I A D O S Ť**

**o pokračovanie plnenia predprimárneho vzdelávania**

**Žiadateľ:**

Meno a priezvisko otca............................................................ tel. kontakt ................................

Meno a priezvisko matky ........................................................ tel. kontakt ................................

**žiadame o pokračovanie plnenia povinného predprimárneho vzdelávania nášho dieťaťa (dieťa dovŕši k 31.08. 6 rokov):**

Meno a priezvisko dieťaťa……..........…………………………………………………………..

Dátum narodenia……………………………

Bydlisko, PSČ…………………………...…………………………………………………….

V Prievidzi dňa: .............................................

.............................................................. ……………………………………

**podpis zákonného zástupcu (matka) podpis zákonného zástupcu (otec)**

Aby dieťa mohlo pokračovať v povinnom predprimárnom vzdelávaní je potrebné k žiadosti priložiť:

1. **písomný súhlas príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie**

**2**. **písomný súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast**

**3**. **informovaný súhlas zákonného zástupcu**