

(Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa, adresa trvalého bydliska)

# ŽIADOSŤ

## O VÝNIMOČNÉ PRIJATIE NA POVINNÉ PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

PaedDr. Gabriela Čubová, PhD., riaditeľka  
**Súkromná materská škola**  
Rovná 597/15  
058 01 Poprad

Poprad \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko dieťaťa \_\_\_\_\_

Dátum narodenia \_\_\_\_\_

Bydlisko \_\_\_\_\_

Školský rok \_\_\_\_\_

Prílohy:

1. písomný súhlas príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie
2. písomný súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast

\_\_\_\_\_ podpis zákonných zástupcov dieťaťa