

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

ŽIADOSŤ

O UVOĽNENIE DIEŤAŤA Z VÝCHOVNO - VZDELÁVACIEHO PROGRAMU

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

Poprad _____

Žiadam týmto pre svojho syna / svoju dcéru _____ ,
nar. _____ ,
bytom _____ ,
dieťa triedy _____ ,
o uvoľnenie z výchovno - vzdelávacieho programu (od –do) _____ .
Dôvodom žiadosti je _____ .

podpis zákonného zástupcu dieťaťa

SÚKROMNÁ MATERSKÁ ŠKOLA
ROVNÁ 597/15, 058 01 POPRAD, IČO: 42235260, DIČ: 2023530366



VYJADRENIE RIADITEĽKY ŠKOLY

SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM s uvoľnením

dátum a podpis riaditeľky školy