(Meno a priezvisko zákonných zástupcov dieťaťa, adresa)

# ZŠ s MŠ Šarišské Michaľany

Pod lesíkom 19

082 22 Šarišské Michaľany

V …................... dňa ….................

# Vec: Žiadosť o vydanie rozhodnutia o prerušení dochádzky

Týmto žiadam riaditeľstvo ZŠ s MŠ o vydanie rozhodnutia o prerušení dochádzky môjho dieťaťa ….................................................................................................................

nar. dňa ................................................................................................................................

bytom ...................................................................................................................................

nakoľko v čase od ...................................do ........................... nebude navštevovať MŠ zo zdravotných / rodinných dôvodov. /*nehodiace sa preškrtnite/.*

V prípade zdravotných dôvodov prikladám potvrdenie od lekára.

S pozdravom

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

Podpisy oboch zákonných zástupcov