*Zákonný zástupca*

Meno a priezvisko :....................................................................................................................................

Adresa bydliska : .......................................................................................................................................

mail: .....................................mobil: ......................

Vážená pani

RNDr. Darina Purdeková

T. Vansovej 353/3

962 01 Zvolenská Slatina

Vec: Prihláška do MŠ

V súlade s §59 ods.3, ods.4 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa §3 ods. 1 až 3 vyhlášky č. 306/2008 o materskej škole žiadam o prijatie môjho dieťaťa do Materskej školy, Budovateľská 19, 962 01 Zvolenská Slatina

meno a priezvisko dieťaťa: ...........................................................................................................

dátum narodenia : ..............................................................

bydlisko: ........................................................................................................................................

dátum nástupu do materskej školy: ...................................

V.......................................dňa...........................

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

podpis zákonného zástupcu

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

Celkový zdravotný stav dieťaťa: ...................................................................................................................................................................

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

Potvrdzujem, že dieťa môže/nemôže\* byť na základe zisteného zdravotného stavu prijaté do materskej školy.

V......................................................

dňa......................

pečiatka a podpis lekára

\*nehodiace sa prečiarknuť