Príloha O

.....
meno a priezvisko rodiča, adresa, PSČ

KSŠ sv. Vincenta de Paul
Základná škola s materskou školou
Saratovská 87
934 05 Levice

Vec: Žiadosť o prerušenie dochádzky dieťaťa

Žiadam od..... do..... o prerušenie dochádzky do materskej školy môjho

dieťaťa.....narodeného.....

bytom.....

z dôvodu.....

Zároveň žiadam o odpustenie (presunutie uhradeného) poplatku za obdobie.....

V Leviciach dňa..... .....
podpis rodiča

Príloha:
1)
lekárske potvrdenie
potvrdenie o pobyte v zdravotníckom zariadení
iné potvrdenie

1) nehodiace sa preškrtnite

Vyjadrenie riaditeľa KSŠ.....

dňa.....

podpis.....