Zákonný zástupca .........................................................................................................................

Bytom ....................................................................................................... PSČ ...........................

 **MŠ Vyšný Kubín**

**Vyšnokubínska 135/35**

 **026 01 Vyšný Kubín**

**Vec: Žiadosť o prerušenie dochádzky dieťaťa do MŠ**

 Žiadam Vás o prerušenie dochádzky dieťaťa ............................................................... nar. ................................................................., do materskej školy v školskom roku ................ na obdobie od ......................................... do ...............................................

**Dôvod:**

Príloha: Lekárske potvrdenie

 Vo Vyšnom Kubíne dňa ...................................... .

 podpis zákonného zástupcu