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