\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

meno, priezvisko – zákonný zástupca, adresa trvalého pobytu

**Žiadosť o prerušenie dochádzky do MŠ**

Meno a priezvisko dieťaťa.........................................................nar...........................................

**Dôvod:**

1. zo zdravotných dôvodov od.............................................do..................................................
2. z rodinných dôvodov od..............................................do.......................................................
3. iné..........................................................................................................................................

Dátum....................................................................

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

 podpis zákonného zástupcu