Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa

Spojená škola Belá

Oslobodenia č. 165

013 05 Belá

**VEC: Žiadosť o plnenie povinného predprimárneho vzdelávania**

V súlade so zákonom č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) žiadam na základe odporučenia všeobecného lekára pre deti a dorast a odporučenia príslušného zariadenia výchovného poradenstva o plnenie povinného predprimárneho vzdelávania.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Rodné číslo:

Adresa bydliska (ulica, číslo, PSČ, miesto):

Dátum narodenia:

Miesto narodenia:

Meno a priezvisko všeobecného lekára pre deti a dorast, sídlo zariadenia:

Názov a sídlo príslušného zariadenia výchovného poradenstva, v ktorom bolo vykonané vyšetrenie dieťaťa:

V  dňa

 podpis zákonného zástupcu

Prílohy.

1. Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast

2. Vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie