.......................................................................................................................................................Priezvisko, meno rodiča/ zákonného zástupcu/ dieťaťa, adresa bydliska

 ZŠ s MŠ Pavla Demitru

 Centrum II 87

 018 41 Dubnica nad Váhom

Vec: Žiadosť o prerušenie dochádzky

 Dolupodpísaná .............................................. žiadam o prerušenie dochádzky mojej dcéry, syna ................................................, nar. ............................., od ....................... do ................... zo zdravotných dôvodov – /priložené potvrdenie od lekára/, iných dôvodov /uviesť dôvod prerušenia/.

V Dubnici n/V, ...................................

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

 podpis

Príloha: Potvrdenie od všeobecného lekára pre deti a dorast