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

........................................................................................................................................*meno a priezvisko oboch zákonných zástupcov dieťaťa, PSČ, adresa trvalého pobytu*
Materská škola Ostrovany

Hlavná 67/43

082 22 Ostrovany

**VEC
Žiadosť o povolenie individuálneho vzdelávania zo zdravotných dôvodov**Žiadam o povolenie individuálneho vzdelávania zo zdravotných dôvodov pre moje

dieťa.....................................................................narodeného dňa ..............................

adresa trvalého pobytu:.................................................................................................

v školskom roku...............................

V Ostrovanoch, dňa:......................................

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

*podpis oboch zákonných zástupcov*

Svojím podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov.