**........................................................................................................................................**

Meno, priezvisko, adresa a kontakt rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa

ZŠ s MŠ M. R. Štefánika

 Grösslingová 48

 811 09 Bratislava

**Žiadosť o prerušenie dochádzky dieťaťa do ŠKD**

Meno a priezvisko: ............................................................

Trieda: .....................

Školský rok: ...........................

Dátum prerušenia: .............................

Poplatok za ŠKD mám uhradený do: ................................

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

 Podpis rodiča/Zákonného zástupcu