

.....
Meno a adresa zákonného zástupcu dieťaťa

Riaditeľstvo
ZŠ s MŠ Liešťany 192
97227 Liešťany

ŽIADOSŤ O ODPUSTENIE PRÍSPEVKU

Týmto Vás žiadam o odpustenie príspevku na čiastočnú úhradu nákladov za pobyt v MŠ
môjho dieťaťa.....

narodeného dňa.....

bytom.....

za obdobie od..... do.....

z dôvodu.....

V.....dňa.....

.....
podpis zákonného zástupcu

Príloha:

1.lekárske potvrdenie