Meno a priezvisko zákonného zástupcu, bydlisko

Materská škola

Kovaľská 12/A

040 15 Košice

**Vec**

**Žiadosť o vydanie rozhodnutia**

 Žiadam riaditeľstvo MŠ Kovaľská 12/A o vydanie rozhodnutia o neuhradení príspevku na čiastočnú úhradu výdavkov MŠ pre moje dieťa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

narodené\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bydlisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ktoré malo prerušenú dochádzku do MŠ od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tj.\_\_\_\_\_\_ dní.

K žiadosti prikladám: *(lekárske potvrdenie, iné)*

V Košiciach dňa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupcu