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

*Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa bydliska, telefonický, e-mailový kontakt*

 ZŠ s MŠ

 MPČĽ 35

 Brezno

 977 03

**Vec: Žiadosť o ukončenie individuálneho vzdelávania**

Dovoľujem si Vás požiadať o ukončenie individuálneho vzdelávania môjho syna (mojej dcéry).

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

Dátum narodenia: .............................................

Rodné číslo: .......................................................

Trvalé bydlisko: .............................................................................................................

Navrhovaný dátum ukončenia\*: ......................................

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

 Podpis zákonný zástupca - otec Podpis zákonný zástupca – matka

V ................................................................., dňa .................................

\* dátum, po ktorom žiak nastúpi do dennej formy vzdelávania