**Základná škola s materskou školou Nám.1.mája 3, Chtelnica, Elokované pracovisko**

**Ospravedlnenie neprítomnosti dieťaťa v MŠ**

Dolupodpísaný .......................................................................................... ako zákonný zástupca dieťaťa ......................................................................................, nar.:....................................bytom:

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

ospravedlňujem svoje dieťa dňa/v dňoch od:..................................do:................................t.j.........dní.

z výchovnovyučovacieho procesu z dôvodu:...........................................................................

V Chtelnici: ........................... ...................................................

 Podpis zákonného zástupcu

Pokračovanie v domácej liečbe v dňoch: od:.....................do:....................t.j.:............dní

 -------------------------------

 Pečiatka a podpis lekára

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Základná škola s materskou školou Nám.1.mája 3, Chtelnica, Elokované pracovisko**

**Ospravedlnenie neprítomnosti dieťaťa v MŠ**

Dolupodpísaný .......................................................................................... ako zákonný zástupca dieťaťa ......................................................................................, nar.:....................................bytom:

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

ospravedlňujem svoje dieťa dňa/v dňoch od:..................................do:................................t.j.........dní.

z výchovnovyučovacieho procesu z dôvodu:...........................................................................

V Chtelnici: ........................... ...................................................

 Podpis zákonného zástupcu

Pokračovanie v domácej liečbe v dňoch: od:.....................do:....................t.j.:............dní

 -------------------------------

 Pečiatka a podpis lekára