

**Zákonný zástupca**

Meno a priezvisko : \_\_\_\_\_

Adresa : \_\_\_\_\_

**Základná škola s materskou školou,  
Považské Podhradie 169, Považská Bystrica**  
Považské Podhradie 169  
017 04 Považská Bystrica

V Považskom Podhradí dňa : \_\_\_\_\_

**Vec : žiadosť o odpustenie príspevku**

Na základe príslušných ustanovení zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní ( školský zákon ) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a VZN Mesta Považská Bystrica, ktorým sa určuje výška príspevkov v školách a školských zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Považská Bystrica Vás žiadam o odpustenie určeného príspevku vo výške **11 €** mesačne za dieťa :

---

( meno, priezvisko, dátum narodenia, bydlisko, trieda )

v Materskej škole : EP Považské Podhradie 162, Považská Bystrica  
EP Šebešťanová 5, Považská Bystrica

z dôvodu prerušenia dochádzky dieťaťa do školy na viac ako 30 po sebe nasledujúcich

kalendárnych dní od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
( dátum ) ( dátum )

pre chorobu \*

z preukázaných rodinných dôvodov \* :

---

\*nehodiace sa preškrtnite

S pozdravom

\_\_\_\_\_  
(vlastnoručný podpis zákonného zástupcu )

Príloha : lekárske potvrdenie, v prípade doklad o rodinných dôvodoch

**1. Vyjadrenie zástupkyne MŠ :****2. Vyjadrenie riaditeľky**

Základnej školy s materskou školou, Považské Podhradie 169, Považská Bystrica :