**Žiadosť**

**na prijatie dieťaťa do ZŠ**

Meno dieťaťa...............................................................................................................................

dátum narodenia................................................

trvale bytom ................................................................................................................................

korešpondenčná adresa (ak je iná ako trvalé bydlisko) ...............................................................

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

Základná škola: ZŠ pre žiakov so sluchovým postihnutím internátna, Karola Supa 48,

984 01 Lučenec

Meno a priezvisko otca .................................................................. č. tel.:

Meno a priezvisko matky................................................................ č. tel.:

Iný zákonný zástupca .................................................................... č. tel.:

Žiadam o prijatie môjho syna – mojej dcéry do ........................... ročníka ZŠ pre žiakov so sluchovým postihnutím internátnej s platnosťou od ....................................................................

V ...................................... dátum ................................

Podpisy rodičov: .....................................................

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

Podpis iného zákonného zástupcu: ..........................................................