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

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

Základná škola s materskou školou

Javorová alej 1

900 25 Chorvátsky Grob

**Vec: Žiadosť o povolenie individuálneho vzdelávania**

Dovoľujem si Vás požiadať o povolenie individuálneho vzdelávania podľa § 28b ods. 2 písm. a) školského zákona č. 245/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov pre môjho syna / moju dcéru\*

meno a priezvisko dieťaťa: ......................................................................................................................................

dátum narodenia: ....................................................................................................................................................

rodné číslo: ..............................................................................................................................................................

trvalý pobyt dieťaťa: ...............................................................................................................................................

Zdravotný dôvod na povolenie individuálneho vzdelávania:..................................................................................

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

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

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

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

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

Žiadam o povolenie individuálneho vzdelávania od:

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

Prílohy žiadosti:

1. písomný súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast / odporúčanie zariadenia poradenstva a prevencie\*
2. ďalšie skutočnosti, ktoré majú vplyv na individuálne vzdelávanie dieťaťa\*\*

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

S pozdravom,

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

 doplňte meno a priezvisko otca doplňte meno a priezvisko matky

 zákonný zástupca - otec zákonný zástupca – matka

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

 \* nehodiace sa prečiarknite alebo zmažte

\*\* ak sa vás riadok netýka, text prečiarknite alebo zmažte (vyplňte napr. ak má dieťa špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby)