MŠ.....

Dátum:

Centrum poradenstva a prevencie

Martina Rázusa 25

984 01 LUČENEC

VEC: Žiadosť o depistážne vyšetrenie školských spôsobilostí

Riaditeľstvo MŠ žiada o depistážne vyšetrenie školských spôsobilostí u detí školopovinných v šk. roku 2023/2024.

Zoznam predškolákov, ktorí sa po súhlase zákonného zástupcu zúčastnia depistážneho vyšetrenia *(potrebné uviesť - meno a priezvisko dieťaťa, dátum narodenia, rodné číslo, bydlisko)*:

Por. číslo	**Meno a priezvisko dieťaťa**	**Dátum narodenia**	**Rodné číslo**	**Bydlisko**

.....

(pečiatka a podpis riaditeľa/riaditeľky školy)