|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materská škola, Švantnerova 1**  **Bratislava** | | |
| ...................................................................................................  meno a priezvisko dieťaťa | | |
| Neprítomnosť: choroba- kratšia ako 5 dní vrátene | od: | do: |
| Neprítomnosť : iné  (dovolenka...) |  |  |
| podpis zákonného zástupcu: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materská škola, Švantnerova 1**  **Bratislava** | | |
| ...................................................................................................  meno a priezvisko dieťaťa | | |
| Neprítomnosť: choroba- kratšia ako 5 dní vrátene | od: | do: |
| Neprítomnosť : iné  (dovolenka...) |  |  |
| podpis zákonného zástupcu: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materská škola, Švantnerova 1**  **Bratislava** | | |
| ...................................................................................................  meno a priezvisko dieťaťa | | |
| Neprítomnosť: choroba- kratšia ako 5 dní vrátene | od: | do: |
| Neprítomnosť : iné  (dovolenka...) |  |  |
| podpis zákonného zástupcu: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materská škola, Švantnerova 1**  **Bratislava** | | |
| ...................................................................................................  meno a priezvisko dieťaťa | | |
| Neprítomnosť:  - choroba dlhšia ako 5 pracovných dní | od: | do: |
| podpis a pečiatka lekára: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materská škola, Švantnerova 1**  **Bratislava** | | |
| ...................................................................................................  meno a priezvisko dieťaťa | | |
| Neprítomnosť:  - choroba dlhšia ako 5 pracovných dní | od: | do: |
| podpis a pečiatka lekára: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materská škola, Švantnerova 1**  **Bratislava** | | |
| ...................................................................................................  meno a priezvisko dieťaťa | | |
| Neprítomnosť:  - choroba dlhšia ako 5 pracovných dní | od: | do: |
| podpis a pečiatka lekára: | | |