

SPLNOMOCNENIE

k vyzdvihnutiu dieťaťa z materskej školy

Dolu podpísaný	Meno	Číslo OP	
zákonný zástupca dieťaťa	Meno	Dátum narodenia	
bytom v	Mesto	Ulica	Číslo

týmto splnomocňujem k vyzdvihnutiu môjho dieťaťa z Evanjelickej materskej školy Exnárova 10, Košice

Osobu (osoby)

Meno	Číslo OP	Vzťah k dieťaťu
Meno	Číslo OP	Vzťah k dieťaťu
Meno	Číslo OP	Vzťah k dieťaťu

V Košiciach dňa:		Podpis zákonného zástupcu:	
-------------------------	--	-----------------------------------	--

Upozornenie: V zmysle § 7, ods. 8 Vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 v znení zmien a doplnkov na prevzatie svojho dieťaťa z materskej školy môže zákonný zástupca písomne splnomocniť svoje dieťa staršie ako desať rokov alebo inú pedagogickým zamestnancom známu osobu. Po vybratí dieťaťa z materskej školy splnomocnenou osobou, **zodpovednosť za dieťa preberá** splnomocnená osoba.