



meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa, číslo OP, bydlisko

SPLNOMOCNENIE

na vyberanie dieťaťa z SMŠ Bilíkova 34, Bratislava

Na vyberanie môjho dieťaťa: _____
(meno dieťaťa)

narodeného: _____ bydlisko: _____

splnomocňujem tieto osoby:

P.č.	Meno a priezvisko	Číslo OP resp. rod. číslo	Bydlisko	Vzťah k dieťaťu (sestra, brat, babka, dedko...)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

podpis zákonného zástupcu dieťaťa

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