

Spojená škola Pavla Sabadoša internátna, Duklianska 2, 080 01 Prešov

**Splnomocnenie**  
**na vyberanie dieťaťa z materskej školy v školskom roku 2024/2025**

Zákonný zástupca/zákonní zástupcovia: .....

Meno dieťaťa: .....

narodeného dňa: .....

adresa trvalého pobytu alebo adresa mieste, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu: .....

splnomocňujem/e túto/tieto osoby na prebratie môjho/nášho dieťaťa z Materskej školy pri

Spojenej škole Pavla Sabadoša internátnej, Duklianska 2, Prešov:

P.č.	Meno a priezvisko splnomocnenej osoby	Bydlisko splnomocnenej osoby	Vzťah splnomocnenej osoby k dieťaťu (sestra, brat, babka atď.)	Telefonický kontakt na splnomocnenú osobu	Plnomocnenstvo prijal (vlastnoručný podpis splnomocnenej osoby)

**Poučenie:**

Podľa § 4 ods. 1 vyhlášky Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky č. 541/2021 o materskej škole za bezpečnosť a ochranu zdravia dieťaťa zodpovedajú pedagogickí zamestnanci materskej školy od prevzatia dieťaťa až po jeho odovzdanie zákonnému zástupcovi alebo ním splnomocnenej osobe.

**Po prevzatí dieťaťa z materskej školy splnomocnenou osobou zodpovednosť za dieťa preberá splnomocnená osoba.**

04.09.2024

podpisy zákonných zástupcov dieťaťa