



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



ZMOCNĚNÍ K ODVÁDĚNÍ DÍTĚTE Z DĚTSKÉ SKUPINY MATEŘINKA
LEGIONÁŘSKÁ 561, DVŮR KRÁLOVÉ NAD LABEM, 544 01

Jméno dítěte :Datum nar. :

Bydliště :

Podepsaný zákonný zástupce žádá, aby výše uvedené dítě odváděl z DS
MATEŘINKA :

1. Jméno a příjmení vztah k dítěti :
narozen : bydliště :
.....

2. Jméno a příjmení vztah k dítěti :
narozen : bydliště :
.....

3. Jméno a příjmení vztah k dítěti :
narozen : bydliště :
.....

Datum :

Za DS MATEŘINKA:
.....

Podpis zákonného zástupce :
.....