



## Dombóvári Szivárvány Óvoda és Bölcsőde

Ikt.:

### SZÜLŐI NYILATKOZAT ÓVODAI JOGVISZONY MEGSZÚNÁSÉRŐL

Alulírott,..... (szülő neve),  
gyermekem óvodai jogviszonyának megszüntetését kérem.

Gyermek neve.....

Születési ideje:.....

Lakcíme:.....

Anyja (leánykori) neve:.....

Apja neve:.....

Tagóvoda megnevezése:.....

Óvodai csoport neve:.....

Óvodai elhelyezés megszüntetésének napja:.....(év).....(hó).....(nap)

Új Óvoda neve, címe:.....

Óvodakezdés időpontja az új óvodában: .....(év).....(hó).....(nap)

Dombóvár,.....

.....

szülő aláírása

.....

intézményvezető aláírása

Cím: 7200 Dombóvár, Zrínyi u. 10.

Telefon/fax: 74/465-315 \* E-mail: szivarvanyovi@dombovar.hu

OM: 202289 \* Számlaszám: 11746043-15419150 \* Adószám: 15419150-2-17