

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤATA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Národnosť: Štátna príslušnosť: Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu dieťaťa:

Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa/o rodičoch	
OTEC	MATKA
Titul, meno a priezvisko:	Titul, meno a priezvisko:
Adresa trvalého pobytu:	Adresa trvalého pobytu:
Telefónny kontakt:	Telefónny kontakt:
Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:	

Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ (uveďte ktorú a kedy) *	Žiadam o prijatie dieťaťa do MŠ na:* a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant) b) poldenný pobyt (desiata, olovrant) c) adaptačný pobyt d) diagnostický pobyt
--	--

* **nehodiace sa škrtnite**

Uviest' záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

.....
dátum podania žiadosti podpisy obidvoch zákonných zástupcov dieťaťa**Vyhlasenie zákonného zástupcu**
 Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s VZN Mesta Stropkov.

 V zmysle zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím s použitím a spracovaním osobných údajov.

 Vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.
Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole.

Dieťa je telesné a duševne zdravé ÁNO NIEJe zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve ÁNO NIEAbsolvovalo všetky povinné očkovania ÁNO NIE

Ďalšie poznámky lekára pre deti a dorast: (alergie, zdravotné znevýhodnenie alebo postihnutie – druh, stupeň postihnutia):

Dátum vydania potvrdenia: Pečiatka a podpis lekára:

* **nehodiace sa škrtnite**

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast.