Žiadosť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

s vyučovacím jazykom slovenským.

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa: |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Miesto narodenia:  |
| Národnosť: | Štátne občianstvo: |
| Názov zdravotnej poisťovne: | Číslo zdravotnej poisťovne  |
| Bydlisko (adresa) |
| Adresa trvalého pobytu: | Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu : |

|  |
| --- |
| Údaje o rodičoch, zákonných zástupcoch dieťaťa: |
| Otec | Matka |
| Meno a priezvisko: | Meno a priezvisko: |
| Číslo telefónu: | Číslo telefónu: |
| E- mail: | E- mail: |
| Zamestnanie: | Zamestnanie: |
| Zamestnávateľ:  | Zamestnávateľ: |

|  |
| --- |
| Dieťa (zaškrtnite) navštevovalo MŠ (uviesť ktorú a od kedy do kedy) nenavštevovalo MŠ |

*Prihlášku MŠ prijala:..................................................dňa.........................................................*

|  |
| --- |
| Prihlasujem dieťa na výchovnú starostlivosť (zaškrtnite): celodennú (desiata, obed, olovrant) poldennú (desiata, obed) poldennú (desiata) |
| Termín nástupu dieťaťa do MŠ žiadam odo dňa (uviesť záväzne) : |

Vyhlásenie zákonného zástupcu

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej osobne odovzdám osobne odovzdám službukonajúcemu zamestnancovi a po ukončení výchovnej starostlivosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia.

2. Zaväzujem sa, že pred prvým vstupom dieťaťa do materskej školy a po neprítomnosti v materskej škole dlhšej ako 5 dní, písomne oznámim riaditeľstvu materskej školy, že dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie, (v zmysle § 24 ods. 6 písm. b), c), ods. 7, 8 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov)

3. Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením v materskej škole v zmysle § 28 ods. 3 – 5 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

4. Súhlasím so spracúvaním osobných údajov dieťaťa uvedených v prihláške na účely materskej školy a jeho zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v rámci platných legislatívnych predpisov (zákon č. 596/2003 Z. z., výnos č. 23609/2008-II/1, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 29775/2007-II/1 o poskytovaní dotácií v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (oznámenie č. 597/2007 Z. z.).

5. Čestne vyhlasujem, že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.

Dátum podania žiadosti Podpis zákonného zástupcu

 Potvrdenie detského lekára o zdravotnom stave dieťaťa

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní (podľa § 24 od. 7 zák. č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) a v zmysle vyhlášky č.541/2021 Z. z. o materskej škole.

***Dieťa je spôsobilé / nespôsobilé navštevovať materskú školu.***

*Psychický vývin: ........................................................ Fyzický vývin: ........................................................................*

*Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy: .......................................................................................*

*.....................................................................................................................................................................................*

*.....................................................................................................................................................................................*

*Údaje o povinnom očkovaní: ......................................................................................................................................*

*.....................................................................................................................................................................................*

*Dátum: .................................... Pečiatka a podpis lekára........................................................*