Materská škola, Bobrovec 84, 032 21 Bobrovec

**Žiadosť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa: | | Dátum narodenia: | Miesto narodenia: |
| Trvalé bydlisko: | | Prechodné bydlisko: | |
| Národnosť: | Štátna príslušnosť: | Rodné číslo: | Zdravotná poisťovňa: |
| Ošetrujúci lekár: | |  | |
| **MATKA** | | | |
| Meno a priezvisko: | | Tel.číslo: | Email: |
| Trvalé bydlisko: | | Prechodné bydlisko: | |
| **OTEC** | | | |
| Meno a priezvisko: | | Tel.číslo: | Email: |
| Trvalé bydlisko: | | Prechodné bydlisko: | |
| Súrodenci navštevujúci MŠ: | | | |
| Dieťa navštevovalo materskú školu: áno – nie | | Ak áno, tak akú: | |
| **Žiadam o prijatie dieťaťa na (hodiace sa zakrúžkujte):**  a) celodennú výchovu a vzdelávanie (desiata – obed – olovrant) c) adaptačný pobyt  b) poldennú výchovu a vzdelávanie (desiata – obed) d) diagnostický pobyt | | | |
| Žiadam záväzný nástup dieťaťa do materskej školy dňa: | | | |
| Špeciálne potreby dieťaťa, starostlivosť alebo iné obmedzenia dieťaťa (alergie, strava, ...): | | | |

*Ak rodič prihlasuje dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží riaditeľke MŠ aj vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a odporučenie všeobecného lekára pre deti a dorast.*

**Vyhlásenie zákonného zástupcu**

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim túto skutočnosť triednemu učiteľovi. Zaväzujem sa, že oznámim každé očkovanie a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

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 MŠ.

Beriem na vedomie, že na základe opakovaného porušenia Školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ, ak nejde o povinné predprimárne vzdelávanie.

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov MŠ v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s VZN obce Bobrovec č.3/2019.

Čestne vyhlasujem, že dieťa nie je prihlásené v inej MŠ.

Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum podpisy obidvoch zákonných zástupcov

**Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa 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 § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)

|  |  |
| --- | --- |
| Dieťa (hodiace sa zakrúžkujte):  Dieťa je telesne a duševne zdravé: ANO NIE  Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve: ANO NIE  Absolvovalo všetky povinné očkovania ANO NIE | Iné skutočnosti, ktoré pokladáte za dôležité uviesť: |

Potvrdzujem, že dieťaťu neboli diagnostikované žiadne choroby, ktoré by neumožňovali jeho nástup do materskej školy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum pečiatka a podpis lekára