***ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA***

|  |  |
| --- | --- |
| *Evidenčné číslo žiadosti:1)*  *.* | *Registratúrny denník č.:1)* |

***na predprimárne vzdelávanie***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIEŤA** | Meno a priezvisko: | Rodné číslo:  Národnosť: |
| Dátum a miesto narodenia: | Číslo zdravotnej  poisťovne: |
| Bydlisko: | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OTEC** | Meno a priezvisko: | Zamestnanie:*2)* |
| Zamestnávateľ:*2)* | Tel. č. do zamestnania: |
| Tel. č. domov alebo mobil: | E-mail: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MATKA** | Meno a priezvisko: | Zamestnanie:*2)* |
| Zamestnávateľ:*2)* | Tel. č. do zamestnania: |
| Tel. č. domov alebo mobil: | E-mail: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Žiadam prijať dieťa do MŠ na:*3)*   1. celodenný (desiata, obed, olovrant) 2. poldenný (desiata, obed) 3. poldenný (obed, olovrant) 4. adaptačný pobyt 5. diagnostický pobyt | Požadovaný výchovný jazyk:*3)*  a) slovenský  b) iný (aký): | |
| Špeciálne potreby, starostlivosť a obmedzenia dieťaťa:  (napr. v strave, zdravotné a výchovné problémy, alergia...) | | |
| Záväzný dátum nástupu do MŠ:  Komárov č. 56, žiadam odo dňa: | | Dátum podania žiadosti: |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa*** | |
| 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 § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole:  Dieťa: ● **je spôsobilé** navštevovať materskú školu*\*)*  ● **nie je spôsobilé** navštevovať materskú školu*\*)*  Údaje o povinnom očkovaní: ...................................................  ................................................................................................. | ...................................  dátum  ................................................  pečiatka a podpis detského lekára |
|  |  |

|  |
| --- |
| Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie. |

***VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV)***

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľovi (triednemu učiteľovi) materskej školy. Ďalej sa zaväzujem(e), že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do materskej školy.

Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov   
pre potreby školy v zmysle §11 ods. 7 školského zákona a zákona č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov , na vymedzený účel po celú dobu návštevy MŠ Komárov č.56.

Ako zákonný zástupcadieťaťa **prehlasujem(e),** že v zmysle § 28 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) v znení neskorších predpisov a v zmysle všeobecne záväzného nariadenia vydaného Obcou Komárov**poznám(e)**výšku mesačného poplatku na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy 6-€ za dieťa do 3 rokov veku a 6 € na jedno dieťa od 3 rokov .Súčasne sa zaväzujem(e), že príspevok budem(e) pravidelne mesačne a v termíne platiť .

............................................................

Podpis(y) zákonného(ých) zástupcu(ov)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Poznámky:***

*1) vypisuje riaditeľka školy*

*2) nepovinný údaj*

*3) vhodné zakrúžkujte*