

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA DO MATERSKEJ ŠKOLY

Týmto žiadam o prijatie dieťaťa do materskej školy:

MENO A PRIEZVISKO DIEŤAŤA:

Dátum a miesto narodenia:

Bydlisko (ulica, číslo, názov obce):

Rodné číslo dieťaťa:

Štátna príslušnosť:

Národnosť:

MENO A PRIEZVISKO OTCA:

Trvalé bydlisko:

Rodné číslo:

Zamestnávateľ:

Tel. kontakt:

Mailová adresa:

MENO A PRIEZVISKO MATKY:

Trvalé bydlisko:

Rodné číslo:

Zamestnávateľ:

Tel. kontakt:

Mailová adresa:

Prihlasujem dieťa na pobyt:

- a) celodenný (desiata, obed, olovrant)
- b) poldenný (desiata, obed)
- c) poldenný (desiata)

Nástup dieťaťa do materskej školy:

Dátum podania žiadosti: _____

Podpis zákonného zástupcu dieťaťa: _____

Vyhlásenie zákonného zástupcu:

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do predškolského zariadenia odovzdám službukonajúcej učiteľke, po ukončení výchovnej starostlivosti ho preberie zákonný zástupca, alebo iná poverená osoba na základe môjho písomného splnomocnenia.
2. Zaväzujem sa, že oznámim riaditeľstvu predškolského zariadenia výskyt infekčnej choroby v rodine, u dieťaťa alebo v najbližšom okolí.
3. Beriem na vedomie, že ak moje dieťa nebude navštevovať predškolské zariadenie dlhšie ako 14 po sebe nasledujúcich dní bez udania dôvodu, riaditeľka môže jeho dochádzku do MŠ ukončiť.
4. Súčasne sa zaväzujeme budem pravidelne mesačne v určenom termíne platiť Príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov MŠ/§28 ods.3 zákona NR č.245/2008 Z.z a podľa VZN 1/2019/ a Príspevok na stravovanie v materskej škole /§28 ods.5,6 a §140 ods.9,10 zákona 245/2008 Z.z

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

 podpis zákonného zástupcu

Potvrdenie praktického lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťaťa (potvrdenie lekára, že dieťa netrpí žiadnou takou chorobou, ktorej prejavy by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v materskej škole, napr. epilepsia, cukrovka, alergie a iným závažným ochorením):

 pečiatka a podpis lekára

Povinné očkovanie:

splnené/nespĺnené

Vyhlásenie rodiča o tom, či dieťa navštevuje/nenavštevuje detského psychológa, logopéda, špeciálneho pedagóga:

Súhlasím so spracovaním uvedených osobných údajov dieťaťa a zákonných zástupcov v zmysle § 20 Zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)