**LEKÁRSKE POTVRDENIE O  ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:

\*Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu

 nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

\*Dieťa: je očkované

 nie je očkované

………………………………………………………………………………………………………………..

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

 Dátum Pečiatka a podpis lekára

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží k žiadosti vyjadrenie príslušného zariadenia poradenstva a prevencie a odporučenie všeobecného lekára pre deti a dorast.

\*) nehodiace sa prečiarknite

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

Vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto prihláške sú pravdivé,  že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.

V zmysle zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov  súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa a osobných údajov zákonných zástupcov pre potreby materskej školy.

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne a v riadnom termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov a podmienkach úhrady v školskom zariadení , ktorého zriaďovateľom je mesto Hriňová.

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

 Dátum vyplnenia žiadosti Podpisy zákonných zástupcov