

# Dohoda zákonných zástupcov

**podľa § 144a zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)  
a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov**

## Zákonní zástupcovia

### matka/zákonný zástupca 1:

titul, meno a priezvisko .....

adresa pobytu/doručovacia adresa .....

PSČ ..... e-mail ..... mobil .....

mám aktívnu elektronickú schránku na portáli *Slovensko.sk*:                      áno - nie/\*

### otec/zákonný zástupca 2:

titul, meno a priezvisko .....

adresa pobytu/doručovacia adresa .....

PSČ ..... e-mail ..... mobil .....

mám aktívnu elektronickú schránku na portáli *Slovensko.sk*:                      áno - nie/\*

**dieťaťa/žiaka** ..... narodeného .....

**sme sa dohodli**, že na podaniach týkajúcich sa výchovy a vzdelávania, o ktorých škola rozhoduje podľa Správneho poriadku a kde sa vyžaduje podpis nás oboch rodičov/zákonných zástupcov dieťaťa/žiaka

- tieto písomnosti **bude podpisovať iba jeden rodič/zákonný zástupca a**
- rozhodnutia v správnom konaní sa **doručia iba jednému rodičovi/zákonnému zástupcovi**

bez konkrétneho určenia, ktorý z nich to bude.

### Poznámka:

Podpis oboch rodičov/zákonných zástupcov dieťaťa/žiaka sa nevyžaduje, ak

- a) jeden z rodičov nie je schopný zo zdravotných dôvodov podpísať sa, alebo
- b) jednému z rodičov bol obmedzený alebo pozastavený výkon rodičovských práv a povinností vo veciach výchovy a vzdelávania dieťaťa, ak jeden z rodičov bol pozbavený výkonu rodičovských práv a povinností vo veciach výchovy a vzdelávania dieťaťa, alebo ak spôsobilosť jedného z rodičov na právne úkony bola obmedzená, alebo
- c) vec neznesie odklad, zadováženie súhlasu druhého rodiča je spojené s ťažko prekonateľnou prekážkou a je to v najlepšom záujme dieťaťa.

Písomné vyhlásenie o tejto skutočnosti je doručené riaditeľke školy.

V ..... dňa .....

Meno a priezvisko matky / zákonného zástupcu 1 ..... podpis .....

Meno a priezvisko otca / zákonného zástupcu 2 ..... podpis .....

/\* - označte, čo je správne

# Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa na pobyt v kolektíve

(vypĺňa pediater)

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Dátum narodenia: ..... Bydlisko: .....

---

Uvedte, či dieťa trpí takým ochorením alebo stavom, ktorého prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v materskej škole zúčastňujú a o ktorých by mal pedagóg vedieť (napr. percepčné poruchy, epilepsia, cukrovka, neurotická symptomatika, mentálna porucha, hyperaktivita, porucha výživy, iné telesné alebo duševné postihnutie a i.): .....

.....

**Alergie:** .....

**Diétne stravovanie určené pre:** diabetika - celiatika - iné: .....

(Upozornenie: Ak má dieťa indikované diétne stravovanie, rodič je povinný doložiť túto informáciu vyjadrením odborného lekára.)

**Očkovanie:**

- povinné: **áno - nie** /\* (označte správny údaj)

- iné (vypíšte): .....

- rodič **odmietol očkovanie – dieťa nebolo očkované** /\* proti: .....

.....

z dôvodu: .....

**Záver:**

Dieťa **je - nie je** /\* spôsobilé na základe uvedených skutočností navštevovať materskú školu.

/\* Označte správny údaj!

Dátum:..... Meno a priezvisko lekára: .....

Podpis a pečiatka lekára: