

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie / povinné predprimárne vzdelávanie

* Nehodiace sa prečiarknite

**do Materskej školy Hviezdoslavov,
Školská ulica 51/6, 930 41 Hviezdoslavov**

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum a miesto narodenia:.....Rodné číslo:

Štátna príslušnosť: Národnosť:.....

Adresa trvalého pobytu:

Zákonný zástupca (matka): –titul, meno a priezvisko:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu :

.....Tel. číslo + email:.....

Zákonný zástupca (otec) –titul, meno a priezvisko:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

.....Tel. číslo, + email:

Prihlasujem(e) dieťa na: ***celodennú** / ***poldennú** výchovu a vzdelávanie

*Nehodiace sa prečiarknite

Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam(e) odo dňa:

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV):

- Zaväzujem(e) sa, že budem(e) pravidelne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 5 a 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v sume a za podmienok určených vo Všeobecne záväznom nariadení obce Hviezdoslavov.
- V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím(e) so zberom a spracovaním osobných údajov o mojom dieťati a o identifikácii mojej osoby/našich osôb ako rodičov/zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 6 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.
- Moje dieťa **je / nie je*** dieťaťom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, k žiadosti prikladám aj vyjadrenie príslušného školského zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast; v prípade zmyslového alebo telesného zdravotného postihnutia aj vyjadrenie príslušného odborného lekára. : ***Nehodiace sa prečiarknite**
- Prehlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a úplné.
- Beriem na vedomie, že moje dieťa môže byť umiestnené do ktoréhokoľvek pracoviska MŠ Hviezdoslavov.

Podpis(y) zákonného(ých) zástupcov:

Dátum:

POTVRDENIE

všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno, priezvisko dieťaťa..... dátum narodenia.....

Bydlisko.....

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťa podľa Zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyjadrenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa: Dieťa * je / nie je zdravotne spôsobilé na pobyt v MŠ	Údaj o povinnom očkovaní: dieťa * má / nemá povinné očkovania
--	--

***Nehodiace sa prečiarknite**

Iné poznámky:

Dátum:

pečiatka a podpis lekára

Vyplní MŠ:

Dátum prijatia žiadosti:

Prevzal:

Č:

Prílohy:

Poznámky: