

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum narodenia : Miesto narodenia:

Rodné číslo:Zdravotná poisťovňa:Občianstvo:

.....

Trvalý pobyt.....Národnosť.....

Meno a priezvisko otca:.....

Trvalý pobyt: Č. telefónu:

Meno a priezvisko matky:.....

Trvalý pobyt: Č. telefónu:.....

Mailová adresa-----

Dátum predpokladaného nástupu dieťaťa do materskej školy:

Prehlásenie prevádzkovateľa

Prevádzkovateľ prehlasuje, že na zaistenie ochrany práv dotknutých osôb prijal primerané technické a organizačné opatrenia a nechal si vypracovať spoločnosťou osobnyudaj.sk, s.r.o. bezpečnostnú dokumentáciu, ktorá deklaruje zákonné spracúvanie osobných údajov.

Prevádzkovateľ zároveň prehlasuje, že zaviedol transparentný systém zaznamenávania bezpečnostných incidentov a akýchkoľvek otázok zo strany dotknutej osoby, ako aj iných osôb.

Prevádzkovateľ prehlasuje, že jeho zamestnanci - oprávnené osoby, ktoré spracúvajú osobné údaje sú riadne písomne poverené a zaviazané mlčanlivosťou, a to aj po skončení pracovného pomeru v zmysle ust. § 79 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Viac informácií o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom môžete nájsť na stránke www.osobnyudaj.sk/informovanie.

Príloha: kópia rodného listu k nahliadnutiu

Dátum.....

Podpisy oboch zákonných zástupcov:.....

Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a podľa § 1 vyhlášky MŠ SR č. 541/2021 Z. z. o materskej škole.

Dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky súvisiace s obsahom edukačného procesu v materskej škole.

Dieťa /meno a priezvisko/.....

- je spôsobilé navštevovať materskú školu
- nie je spôsobilé navštevovať materskú školu (nehodiace preškrtnite)

Údaje o povinnom očkovaní:.....

Alergie:.....

Iné :

Dátum:Pečiatka a podpis lekára: