**MATERSKÁ ŠKOLA V.CHYNDICE 97, 951 53 V.Chyndice**

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

 **Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Meno a priezvisko dieťaťa ...................................................................................................................................................

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

Národnosť ......................Názov a číslo zdravotnej poisťovni...................................................

Adresa trvalého pobytu.............................................................................. PSČ .......................

Meno a priezvisko otca: ..............................................................................................................

Kontakt na účely komunikácie / telef. mail/

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

Meno a priezvisko matky: ...........................................................................................................

Kontakt na účely komunikácie: /telef, mail /

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

\*Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ (uveďte ktorú a dokedy) ..........................................

\*Žiadam prijať dieťa do MŠ na : a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant),

 b) poldenný pobyt (desiata, obed),

Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam(e) od dňa: ..................................................

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

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľke MŠ (triednemu učiteľovi) materskej školy. Ďalej sa zaväzujem(e), že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do školy.

Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle §11 ods. 7 školského zákona.

.............................................................. .............................................................. Dátum vyplnenia žiadosti Podpis(oboch) zákonného(ých)

 zástupcu(ov)

Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:

 Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole.

Dátum:..............................Pečiatka a podpis lekára..................................................................

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

**Potvrdenie detského lekára o  zdravotnom stave dieťaťa**

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní (podľa § 24 od. 7 zák. č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) a § 3 ods. 3 vyhl. MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.