### Materská škola Košická 40 Senec

### Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

**DIEŤA:**

Meno a priezvisko: .................................................................................................. Dátum narodenia: ....................................

Miesto narodenia: ................................................................................................... Rodné číslo: .............................................

Národnosť: ........................................... Štátna príslušnosť: .......................... Zdravotná poisťovňa: ........................................

Trvalý pobyt: ..............................................................................................................................................................................

Iná adresa miesta: .....................................................................................................................................................................

**OTEC:**

Meno a priezvisko: .................................................................................................. Tel. č.: .......................................................

E-mail: ............................................................ Trvalý pobyt: .....................................................................................................

**MATKA**:

Meno a priezvisko: .................................................................................................. Tel. č.: .......................................................

E-mail: ............................................................ Trvalý pobyt: .....................................................................................................

**SÚRODENCI:**

Meno a priezvisko, dátum narodenia: .......................................................................................................................................

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

**Iný žiadateľ/zákonný zástupca:**

Meno a priezvisko: .................................................................................................Vzťah k dieťaťu: .........................................

Trvalý pobyt: ..............................................................................................................................................................................

E-mail: ................................................................................................................tel. č.:..............................................................

**Žiadam prijať dieťa na pobyt**: a) celodenný (desiata, obed, olovrant) od ....................................................... (uviesť dátum)

 b) poldenný (desiata, obed) od ........................................................................ (uviesť dátum)

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

Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle § 11 ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

Zaväzujem sa, že budem pravidelne (mesačne) platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v súlade s § 28 ods. 3 zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN mesta Senec č. 8/2018 zo dňa 1.1.2018

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

Dátum podania žiadosti: ............................................. Podpisy zákonných zástupcov: ................................................

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

Dátum prevzatia žiadosti: ...........................................

Žiadosť evidovaná pod číslom: ................................... Podpis riaditeľa/zástupcu MŠ: .................................................

Registratúrny denník – číslo: ........................................

**Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti podľa § 24 ods. 6, 7 a 8 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. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky č. 308/2009 Z. z.

Meno a priezvisko dieťaťa:..................................................................... Dátum narodenia: ..................................

Psychický a fyzický vývin: .........................................................................................................................................

Informácie o očkovaní: .............................................................................................................................................

Informácie o závažných zdravotných problémoch (alergie, záchvaty, cukrovka,...), uviesť aj stupeň postihnutia:

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

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

Pokyny pre špeciálne potreby a starostlivosť (strava, režim, liečba a pod.) ...................

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

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

Dieťa: □ je spôsobilé navštevovať materskú školu

 □ je spôsobilé navštevovať MŠ s obmedzeniami (popísať vyššie)

 □ nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

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

  Dátum Pečiatka a podpis lekára

Poznámka:

V prípade špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb predloží zákonný zástupca dieťaťa vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.