Základná škola s materskou školou, Malatiná 70, 026 01 Dolný Kubín

**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE**

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

Dátum narodenia ................................... Rodné číslo ................................... Národnosť .........................

Názov a číslo zdravotnej poisťovne ..........................................................................................................

Bydlisko ......................................................................................................... PSČ ....................................

Číslo telefónu (domov) ................................................................ mobil ..................................................

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

Adresa zamestnávateľa .............................................................................................................................

Pracovné zaradenie ................................................................tel.číslo (práca)..........................................

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

Adresa zamestnávateľa .............................................................................................................................

Pracovné zaradenie .................................................................tel.číslo (práca) .......................................

* Dieťa navštevovalo / nenavštevovalo MŠ (uveďte ktorú a kedy) ........................................................
* **Žiadam o prijatie dieťaťa do MŠ na:**
	+ celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant)
	+ poldenný pobyt (desiata, obed)
	+ poldenný pobyt (obed, olovrant)
	+ adaptačný pobyt
	+ diagnostický pobyt

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

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

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť učiteľke v materskej škole. 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 a v súlade so VZN obce o poplatkoch v Základnej škole s materskou školou, Malatiná 70, číslo VZN 3/2013.

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 písm7 školského zákona.

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

Dátum vyplnenia žiadosti Podpis(y) zákonného(ých) zástupcu(ov)

**LEKÁRSKE POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona MR 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.

Dieťa (meno a priezvisko) .........................................................................................................................

* **Je spôsobilé navštevovať materskú školu**
* **Nie je spôsobilé navštevovať materskú školu**

Údaje o povinnom očkovaní: ................................................................................................................

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

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

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

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