Vyplní MŠ

Číslo:

Prijaté dňa:

## Ž I A D O S Ť

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie.**

Podpísaný rodič (zákonný zástupca) žiadam o prijatie môjho dieťaťa do Materskej školy Marianka v školskom roku ............/........... od ....................

**Dieťa**

Meno, priezvisko:.......................................................................................................................

Dátum narodenia: ...........................................

Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto) : .........................................................................................

Národnosť: .................... .................................

Štátne občianstvo : .........................................

**Matka /zákonný zástupca**

Meno, priezvisko:.......................................................................................................................

Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto): ............................................................................................

Kontakt tel.č./ mail.: ...................................................................................................................

**Otec /zákonný zástupca**

Meno, priezvisko:.......................................................................................................................

Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto) : ..........................................................................................

Kontakt tel.č./ mail.: ...................................................................................................................

Žiadam(e) prijať dieťa do MŠ na:\*

* celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant),
* poldenný pobyt (desiata, obed),
* poldenný pobyt (obed, olovrant),

**Korešpondenčná adresa**, na ktorú bude zaslané **rozhodnutie** o prijatí, resp. neprijatí dieťaťa do MŠ:

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

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

V ....................................., dňa .........................

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

Podpis zákonného zástupcu

Svojim podpisom udeľujem MŠ Marianka súhlas v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov na spracúvanie všetkých vyššie uvedených osobných údajov na účely vyhodnotenia žiadosti o prijatie dieťa na predprimárne vzdelanie. Súhlas so spracúvaním osobných údajov podľa predchádzajúcej vety je udelený na dobu neurčitú, pričom oprávnená osoba môže udelený súhlas kedykoľvek písomne odvolať.

Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé, že nie sú zamlčané žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, alebo dochádzku môjho dieťaťa do MŠ. Beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých údajov a informácií bude rozhodnutie riaditeľa školy o prijatí dieťaťa do materskej školy zrušené.

\*) Nehodiace sa prečiarknite

**Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v súlade s § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky Ministerstva školstva SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

**Dieťa**

Meno, priezvisko:.......................................................................................................................

Dátum narodenia: ...........................................

**je spôsobilé navštevovať materskú školu\*** - je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky školského poriadku materskej školy, ktoré sú v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa v predškolskom veku.

**nie je spôsobilé navštevovať materskú školu\***

Poznámky pediatra :

Dátum: ..............................

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

Pečiatka a podpis lekára

\*) Nehodiace sa prečiarknite