**Materská škola, Ulica Andreja Sládkoviča 1130, 966 81 Žarnovica**

**ŽIADOSŤ**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Materská škola / Elokované pracovisko, do ktorej žiadam umiestniť dieťa\*:

* **Ulica Andreja Sládkoviča 1130**

**Ulica Petra Jilemnického 660/2**

**Meno a priezvisko dieťaťa** (totožné s rodným listom):.............................................................................................

Dátum narodenia: ....................................................... Rodné číslo: .............................................................................

Miesto narodenia: ...................................................... Národnosť: ...............................................................................

Štátna príslušnosť: ..................................................... Materinský jazyk: .....................................................................

**Trvalý pobyt dieťaťa:**

Obec: ..............................................................................ulica: ..........................................................č: ........................

**Adresa súčasného bydliska(ak je iná ako TP):**

obec: ..............................................................................ulica.............................................................č: .........................

**Kontakty na účely komunikácie:**

**Zákonný zástupca dieťaťa - Matka**

Meno a priezvisko, titul / rodné priezvisko: ..................................................................................................................

Adresa bydliska a druh pobytu:......................................................................................................................................

Tel.: ........................................................ e-mail: ...........................................................................................................

**Doplňujúce údaje\*\* -** číslo elektronickej schránky .............................................................

**Zákonný zástupca dieťaťa – Otec**

Meno a priezvisko, titul / rodné priezvisko: ..................................................................................................................

Adresa bydliska a druh pobytu: .....................................................................................................................................

Tel: ........................................................ e-mail: ............................................................................................................

**Doplňujúce údaje\*\*** - číslo elektronickej schránky .............................................................

**Doplňujúce údaje o dieťati:**

Dieťa má osvojené základné sebaobslužné návyky (je bez plienok, samostatne sa dokáže najesť lyžicou..)\* áno - nie

Dieťa vie komunikovať, slovne a zrozumiteľne vyjadriť svoje potreby\*: áno - nie

Dieťa má určité zdravotné obmedzenia\* : áno - nie, ak áno aké..................................................................................

Dieťa má špeciálno-pedagogické potreby\*: áno- nie, ak áno aké ................................................................................................................................................................................................

Akékoľvek dodatočné informácie o dieťati, ktoré by sme mali vedieť...........................................................................

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

**Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:** ..............................................................................................

Pobyt dieťaťa: (celodenný, poldenný pobyt) ..................................................................................................................

Osobné údaje o dieťati a zákonných zástupcoch detí v uvedenom rozsahu spracúvame na základe oprávnenia, ktoré nám priznáva školský zákon. Predmetné osobné údaje spracúvame na základe článku 6 bodu 1. písm.e) všeobecného nariadenia o ochrane údajov resp. na základe ust. §13 ods.1 písm. e) zákona o ochrane osobných údajov. Na takéto spracovávanie pri výkone verejnej moci zverenej ako prevádzkovateľovi, máme právny nárok.

Beriem na vedomie, že spracovávanie mojich osobných údajov sa riadi zákonom o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

V Žarnovici dňa: ................................................

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

 podpis matky podpis otca

 **Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti, ktorý obsahuje aj údaj o povinnom očkovaní**, 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 §59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov:

**Údaj o povinnom očkovaní:**

Vyjadrenie lekára:

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

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

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

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

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

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

Alergie:

Alergie na potraviny:

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

* Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží aj vyjadrenie príslušného centra poradenstva a prevencie.
* Ak ide o dieťa so zmyslovým a telesným postihnutím predloží zákonný zástupca vyjadrenie príslušného odborného lekára.
* Z vyjadrenia príslušného centra poradenstva a prevencie, ako aj z odporúčania všeobecného lekára pre deti a dorast má byť jednoznačné, či odporúčajú prijatie tohto dieťaťa so ŠVVP do materskej školy.

Poznámky: