Ž i a d o s ť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie s vyučovacím jazykom slovenským s termínom prijatia dieťaťa ..............

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa: |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Miesto narodenia:  |
| Národnosť: | Štátne občianstvo: |
| Názov zdravotnej poisťovne: | Číslo zdravotnej poisťovne  |
| Bydlisko (adresa) |
| Adresa trvalého pobytu: | Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu : |

|  |
| --- |
| Údaje o rodičoch, zákonných zástupcoch dieťaťa: |
| Otec | Matka |
| Meno a priezvisko: | Meno a priezvisko: |
| Kontakt na účely komunikácie:Číslo telefónu : | Kontakt na účely komunikácie:Číslo telefónu: |
| E- mail: | E- mail: |
| Elektronickú schránku (eSlovensko): mám / nemám aktivovanú | Elektronickú schránku (eSlovensko): mám / nemám aktivovanú |
| Adresa trvalého pobytu | Adresa trvalého pobytu: |
| Adresa miesta, kde sa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu | Adresa miesta, kde sa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu |
| Podrobnosti o výchove a vzdelávaní : |
| Materinský jazyk : |  |
| Forma výchovy a vzdelávania: | *celodenná - poldenná* |

|  |
| --- |
| *Vyhlásenie zákonného zástupcu dieťaťa*1. *Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám službukonajúcemu pedagogickému zamestnancovi a po ukončení výchovno- vzdelávacej činnosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia.*
2. *Zaväzujem sa, že pred prvým vstupom dieťaťa do materskej školy a po neprítomnosti v materskej škole dlhšej ako 5 dní písomne oznámim riaditeľstvu materskej školy, že dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie (v zmysle § 24 ods. 6 písm. b), c), ods. 7, 8 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov)*
3. *Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením v materskej škole v zmysle § 28 ods.4 – 6 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a tiež príspevok na čiastočnú úhradu nákladov za stravovanie v súlade s  VZN č. 97 schváleného uznesením MsZ mesta Martin o určení miesta a času zápisu na plnenie povinnej školskej dochádzky a o výške príspevku na čiastočnú úhradu nákladov škôl a školských zariadení (ďalej len nariadenie) v stanovej výške.*
4. *Zároveň vyhlasujem, že sa oboznámim a budem dodržiavať Školský poriadok materskej školy. Beriem na*

 *vedomie, že na základe opakovaného porušovania Školského poriadku školy dieťaťom, či zákonnými*  *zástupcami dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky môjho dieťaťa do materskej*  *školy.* 1. *Som oboznámený, že osobné údaje dieťaťa uvedené v žiadosti budú spracované na účely materskej školy a jej zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v rámci platných legislatívnych predpisov (zákon č.596/2003 Z.z., výnos č. 23609/2008-II/1, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 29775/2007-II/1 o poskytovaní dotácii v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych veci a rodiny Slovenskej republiky (oznámenie č. 597/2007 Z.z.)a §157ods.3 školského zákona pre potreby centrálneho registra detí a žiakov.*

 ***6. Čestne vyhlasujem. že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.*** ***Dátum vyplnenia žiadosti:*** *.......................................................* *Podpisy zákonných zástupcov : --------------------------- ----------------------------* *otec matka*  |

*Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:*

 *Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa 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 .*

*Dieťa je spôsobilé / nespôsobilé navštevovať materskú školu.*

*Duševné zdravie: ............................................ .......................................................................................................*

*Fyzický vývin: ..........................................................................................................................................................*

*Alergie, druh a stupeň obmedzenia, postihnutia, iné závažné problémy: ....................................................................................................................................................................................*

*.....................................................................................................................................................................................*

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

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Vypĺňa MŠ : Prihlášku prijala: ............................................................ dňa: ....................................*