|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materská škola,**  | **Lipová 21, 052 01** | **SSpišská Nová Ves** |

**ŽIADOSŤ**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko dieťaťa**  |  |
| Dátum narodenia |  | Rodné číslo |  |
| Miesto narodenia |  | Národnosť |  |
| Názov a číslo zdravotnej poisťovne |  |
| Bydlisko – trvalý pobyt: |  | PSČ |  |
| Číslo telefónu – domov: |  | mobil: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko otca:** |  |
| Adresa zamestnávateľa: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko matky:** |  |
| Adresa zamestnávateľa: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ďalšie dôležité údaje o rodine a dieťati: |  |
| Počet súrodencov v rodine |  |
| Z toho navštevujúcich MŠ v meste (uveďte ktorú) : |  |
|  |  |
| Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ ( uveďte ktorú a dokedy ) |  |
|  |
|  |
| Žiadam prijať dieťa do MŠ na: | a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant), |
|  | b) poldenný pobyt (desiata, obed) |
|  | c) adaptačný pobyt |
|  | d) diagnostický pobyt |
|  |  |
| Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam/e od dňa: |  |

**Vyhlásenie zákonného/ých/ zástupcu/ov/:**

Berieme na vedomie, že ak moje dieťa nenastúpi do 10. septembra a nebude mať uhradený príspevok k uvedenému termínu, pridelené miesto v materskej škole bude zrušené.

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľke (triednej učiteľke) materskej školy. 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 zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľka 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 s platným VZN mesta Spišská Nová Ves.

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, písm. 7 školského zákona .

|  |
| --- |
|  |
| Dátum vyplnenia žiadosti a podpis(y) zákonného(ých) zástupcu(ov) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Žiadosť podaná dňa |  | ev. č. |  | podpis riaditeľky MŠ |  |

**Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24, odst. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z.

o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

**\*) Dieťa:**

 **-** je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky školského poriadku MŠ, ktoré sú v súlade s psychohygienickými zásadami vývoja dieťaťa predškolského veku

 - 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.

\*) Nehodiace sa prečiarknite