**Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy**

|  |
| --- |
| **Údaje o dieťati** |
| ***Meno a priezvisko dieťaťa:*** |  |
| *Dátum narodenia:* |  |
| *Miesto narodenia:*  |  |
| *Trvalý pobyt:* |  |
| *Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu*  |  |
| *Rodné číslo:*  |  |
| *Štátna príslušnosť:* |  |
| *Národnosť:* |  |
| **Údaje o zákonných zástupcoch** |
| ***Meno a priezvisko matky:*** |  |
| *Trvalý pobyt:* |  |
| *Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu* |  |
| *Telefonický kontakt:*  |  |
| *E-mailový kontakt\*:* |  |
| ***Meno a priezvisko otca:*** |  |
| *Trvalý pobyt:* |  |
| *Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu* |  |
| *Telefonický kontakt:*  |  |
| *E-mailový kontakt\*:*  |  |

\*) ak žijú zákonní zástupcovia v spoločnej domácnosti, stačí jeden e-mailový kontakt na komunikáciu s materskou školou

Prihlasujem svoje dieťa do MŠ, Štúrova 197/53, Trebatice

**od:.............................................................................**

Žiadam prijať dieťa na\*: • celodennú výchovu a vzdelávanie

 • poldennú výchovu a vzdelávanie

• adaptačný pobyt

* diagnostický pobyt

Požadovaný výchovný jazyk:.................................................................................

Materinský jazyk:..................................................................................................

**Vyhlásenie zákonných zástupcov dieťaťa:**

Vyhlasujem, že údaje uvedené v žiadosti a v priložených dokladoch, ktoré tvoria prílohu tejto žiadosti, sú úplné a pravdivé.

V zmysle zákona č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím so spracovaním a sprístupnením osobných údajov s cieľom vyhodnotenia žiadosti o prijatie môjho dieťaťa na predprimárne vzdelávanie v materskej škole.

**Prílohou a neoddeliteľnou súčasťou tejto žiadosti je Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti od všeobecného lekára pre deti a dorast, ktoré obsahuje aj údaj o povinnom očkovaní.**

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

 podpis zákonného zástupcu – matka podpis zákonného zástupcu – otec

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Vypĺňa materská škola**

Žiadosť podaná dňa: ........................ ev. č. : ........................ zapísala: .........................................

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*) Nehodiace sa prečiarknite

Zákonní zástupcovia spolu s písomnou žiadosťou o prijatie dieťaťa do materskej školy predkladajú aj potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa od všeobecného lekára pre deti a dorast. Žiadosť podaná bez tohto potvrdenia nie je kompletná, nebude akceptovaná.

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží

aj vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti od všeobecného lekára pre deti a dorast**

**Meno a priezvisko dieťaťa:** ........................................................................................................

Dieťa: • **je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve**

 **• nie je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve**

Psychický vývin: ............................................... Fyzický vývin : ................................................

Dieťa: **• absolvovalo povinné očkovanie**

 **• neabsolvovalo povinné očkovanie:**

Alergie, iné závažné choroby a problémy: ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dátum:.....................................

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

 pečiatka a podpis lekára

•) Nehodiace sa prečiarknite