

Evidenčné číslo žiadosti: Žiadosť prijatá dňa:

**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE
DO MATERSKEJ ŠKOLY V DRIENICI č.98, OKRES SABINOV**

Meno a priezvisko dieťaťa:

Adresa trvalého pobytudieťaťa + PSČ:

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

Národnosť: Štátne občianstvo: Zdravotná poisťovňa:.....

I n f o r m á c i e o r o d i č o c h / z á k o n n ý c h z á s t u p c o c h d i e ť a ť a	
OTEC	MATKA
titul, meno, priezvisko:	titul, meno, priezvisko:
adresa trvalého pobytu:	adresa trvalého pobytu:
telefónny kontakt:	telefónny kontakt:
e-mail:	e-mail:
Počet detí v rodine:	
Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo M Š / D J * U v i e s ť k t o r ú , o d k e d y	
Prihlasujem dieťa na pobyt:* celodenný / poldenný	
Adresa pobytu dieťaťa, ak nebýva na adrese trvalého pobytu:	

*nehodiace sa prečiarknite

Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne platiť príspevok za pobyt dieťaťa v materskej škole určený na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle Zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. a poplatok za stravu.

Ak dieťa nenastúpi do materskej školy v čase uvedenom na rozhodnutí o prijatí, je potrebné neodkladne kontaktovať riaditeľku školy.

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov.
OKRES

.....

Podpis oboch zákonných zástupcov

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti (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 znení

neskorších predpisov a § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťa

Meno a priezvisko dieťaťa:.....

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Dieťa je **spôsobilé** navštevovať materskú školu áno / nie

Absolvovalo všetky **povinné očkovanie**: áno / nie

Alergie alebo iné závažné skutočnosti, ktoré považujete za dôležité uviesť:

Odporúčenie všeobecného lekára

.....
Dátum vydania potvrdenia:

.....
pečiatka a podpis lekára

Potvrdenie prijaté MŠ dňa: