Materská škola Granč-Petrovce, Gašparovec 107/8, 053 05 Beharovce

**Ž i a d o s ť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Meno a priezvisko dieťaťa..........................................................................................................

Dátum a miesto narodenia .........................................................................................................

Rodné číslo dieťaťa:...................................................................................................................

Zdravotná poisťovňa názov a číslo:...........................................................................................

Bydlisko ..........................................................................................PSČ..................................

Národnosť......................................... Štátne občianstvo .......................................................

Meno a priezvisko otca ................................................................................................................

Adresa zamestnávateľa ................................................................................................................

Číslo telefónu ............................................

Meno a priezvisko matky ............................................................................................................

Adresa zamestnávateľa ............................................ ..................................................................

Číslo telefónu ..............................................

Žiadam prijať dieťa do Materskej školy na :

 a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant)

b) poldenný pobyt (desiata, obed)

c) poldenný pobyt (obed, olovrant)

d) adaptačný pobyt

e) diagnostický pobyt

Dieťa navštevovalo / nenavštevovalo MŠ

Ak navštevovalo (uveďte ktorú a dokedy) ............................................................

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do Materskej školy žiadame od dňa.........................................................

Vyhlásenie zákonného/ých zástupcu/cov:

 V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine, alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámime túto skutočnosť riaditeľovi/ triednemu učiteľovi MŠ. Ďalej sa zaväzujem, že oznámime aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

 Beriem/e na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ/ka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ.

V zmysle zákona č.122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím s použitím a spracovaním osobných údajov pre potreby materskej školy, zdravotnej starostlivosti a poistenia dieťaťa.

Súčasne sa zaväzujeme, že budeme pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy, v zmysle § 28 ods. 3 zák. NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so Všeobecne záväzným nariadením č...........Obce Granč-Petrovce o výške mesačného príspevku na čiastočnú úhradu výdavkov škôl a školských zariadení na území obce Granč-Petrovce.

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

Dátum podania žiadosti Podpis zákonných zástupcov dieťaťa

**Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa

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 v znení neskorších predpisov

a v súlade s vyhláškou MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

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

Bydlisko: .........................................................................................................................................................

Dátum narodenia: .............................................................. Číslo zdravotnej poisťovne ............................

Prekonané infekčné a iné ochorenia: Očkovanie: ................................................

Alergické ochorenia a prejavy:

Upozornenie pre pedagóga/ režim, liečba a pod./:

Iné záznamy:

\* Dieťa :je spôsobilé navštevovať materskú školu

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

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

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

Podpis zákonného zástupcu dieťaťa Pečiatka a podpis lekára

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predložívyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

\* Nehodiace sa preškrtne