**Materská škola Dolné Lovčice, SNP 65, 919 27 Dolné Lovčice**

**Žiadosť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

|  |
| --- |
| **Meno a priezvisko dieťaťa:** |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo:  |
| Miesto narodenia: |
| Názov zdravotnej poisťovne: | Číslo zdravotnej poisťovne: |
| **Bydlisko (adresa)** |
| Trvalý pobyt: | Prechodný pobyt: |

|  |
| --- |
| **Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa** |
| **Otec** | **Matka** |
| Meno a priezvisko: | Meno a priezvisko: |
| Telefónne číslo: | Telefónne číslo: |
| Email: | Email: |

|  |
| --- |
| Prihlasujem svoje dieťa do Materskej školy (uviesť adresu): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dieťa:(zaškrtnite) | * navštevovalo MŠ (uviesť ktorú a odkedy do kedy)

|  |
| --- |
|  |

* nenavštevovalo MŠ
 |
| Prihlasujem dieťa na výchovnú starostlivosť (zaškrtnite):* celodennú (desiata, obed, olovrant)
* poldennú (desiata, obed)
* poldennú (desiata)
 |

|  |
| --- |
| **Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam odo dňa (uviesť záväzne)** |

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

 **dátum podania žiadosti podpis zákonného zástupcu**

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV)**

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľovi (triednemu učiteľovi) 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 školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ 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 so VZN obce č...2..../2008 zo dňa.23.9.2008 a Dodatku č. 1/2011.

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 ods. 7 školského zákona.

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

dátum vyplnenia žiadosti podpis (zákonných zástupcov)

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 a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole.

\*Dieťa:

* je spôsobilé navštevovať materskú školu
* 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