MATERSKÁ ŠKOLA DOĽANY, 900 88 Doľany č. 214

tel.č. 033/6499185

e-mail: [skolkadolany@gmail.com](mailto:skolkadolany@gmail.com)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ž I A D O S Ť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Podpísaný rodič/zákonný zástupca žiadam o prijatie môjho dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

do materskej **školy v školskom roku** ...............................................**od** .....................................

**Meno, priezvisko dieťaťa**: .....................................................................................................................

Dátum narodenia: ....................... Miesto narodenia:..................................................

Rodné číslo: ................................Národnosť: .....................................Štátna príslušnosť: ........................

Trvalé bydlisko:................................................................................................................PSČ:..................

Prechodné bydlisko:..........................................................................................................PSČ:.................

Zdravotná poisťovňa/číslo:...................................................Primárny materinský jazyk..........................

Dieťa toho času navštevuje/nenavštevuje \* MŠ na ulici:..........................................................................

**Meno, priezvisko, titul matky**: ...............................................................................................................................

Trvalé bydlisko, PSČ: ....................................................................................tel.č.: ..................................

e-mail matky:.............................................................................................................................................

Zamestnávateľ, adresa :................................................................................... tel.č.:...............................

Pracovné zaradenie:.................................................................................................................................

**Meno, priezvisko, titul otca**: ....................................................................................................................................

Trvalé bydlisko, PSČ: ..........................................................................................tel.č.:........................

e-mail otca:............................................................................................................................................

Zamestnávateľ, adresa:....................................................................................... tel.č.:..........................

Pracovné zaradenie:...............................................................................................................................

Korešpondenčná adresa rodiča/zákonného zástupcu: .........................................................................

**Súrodenci dieťaťa, ich dátumy narodenia**

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

**Prihlasujem svoje dieťa :**

a) na celodennú výchovu a vzdelávanie (desiata, obed, olovrant)

b) na poldennú výchovu a vzdelávanie (desiata, obed)

c) na poldennú výchovu a vzdelávanie ( desiata)

**PREHLÁSENIE RODIČA:**

**Prehlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a úplné.**

V prípade prijatia môjho dieťaťa do materskej školy sa zaväzujem, že budem dodržiavať školský poriadok materskej školy, riadne a včas uhrádzať príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy podľa §28 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a príspevok na čiastočnú úhradu nákladov za stravovanie podľa § 140 ods. 9 a 10 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon).

Som si vedomá/ý, že v prípade porušovania školského poriadku školy môže riaditeľka materskej školy, po predchádzajúcom písomnom upozornení, vydať rozhodnutie o predčasnom ukončení predprimárneho vzdelávania.

V prípade ochorenia dieťaťa prenosnou chorobou, výskytu prenosnej choroby v rodine, alebo najbližšom okolí, bezodkladne túto skutočnosť oznámime MŠ.

Svojim podpisom dávam/e súhlas

V ..............................dňa: ................................

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

podpis rodičov/zákonných zástupcov

**Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa a spôsobilosti navštevovať materskú školu**

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

**dátum narodenia:**............................................................................................................................

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

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

Alergie, záchvaty, druh a stupeň postihnutia, iné závažné zdravotné problémy: ....................................

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

**Údaje o povinnom očkovaní**:.........................................................................................................................

**Dieťa: □ je spôsobilé navštevovať materskú školu**

**□ nie je spôsobilé navštevovať materskú školu**

*Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami zákonný zástupca dieťaťa predloží aj vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, ak ide o dieťa so zmyslovým a telesným postihnutím zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného odborného lekára.*

Dňa:............................................

.................................................... Pečiatka a podpis lekára

Dátum doručenia žiadosti:……………………...........

Podpis riaditeľa MŠ:………………………………………………………