**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**do Špeciálnej materskej školy, Ľ. Stárka 12, Trenčín**

**pri Spojenej škole internátnej Trenčín**

**Meno a priezvisko dieťaťa:**

Dátum a miesto narodenia: Rodné číslo:

Štátna príslušnosť: Národnosť:

Adresa trvalého bydliska:

**Otec/zákonný zástupca** – titul, meno a priezvisko:

Tel. číslo: Adresa zamestnávateľa:

**Matka/zákonný zástupca** – titul, meno a priezvisko:

Tel. číslo: Adresa zamestnávateľa:

Žiadam o prijatie dieťa na\*:

a) celodennú výchovu a vzdelávanie (s poskytovaním desiaty, obeda a olovrantu)

b) poldennú výchovu a vzdelávanie – dopoludnia (s poskytovaním desiaty a obeda)

\* Nehodiace sa prečiarknite

Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam(e) od dňa:

Vyhlásenie zákonného(ých) zástupcu(ov)

1. Zaväzujem(e) sa, že budem(e) pravidelne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v sume a za podmienok určených vo Všeobecne záväznom nariadení Mesta Trenčín.
2. V zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov súhlasím(e) so zberom a spracovaním osobných údajov o mojom dieťati a o identifikácii mojej osoby/našich osôb ako rodičov/zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 6 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.
3. Čestne vyhlasujem(e), že dieťa nie je prijaté do inej materskej školy.
4. Vzhľadom na to, že moje dieťa je dieťaťom so zdravotným znevýhodnením (so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami), k žiadosti prikladám aj vyjadrenie príslušného odborného lekára.
5. Pred prijatím dieťaťa so zdravotným znevýhodnením do špeciálnej materskej školy zariadenie Centra špeciálno-pedagogického poradenstva vykoná diagnostické vyšetrenie, ktoré je súčasťou podkladov na rozhodnutie o prijatí dieťaťa do špeciálnej materskej školy.

Dátum: Podpis(y) rodičov

**Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťa** 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 **vrátane údaja o povinnom očkovaní.**

Dátum: Pečiatka a podpis lekára