***ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA***

***na predprimárne vzdelávanie***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIEŤA** | Meno a priezvisko: | Rodné číslo: |
| Národnosť: |
| Dátum a miesto narodenia: | Štátna príslušnosť: |
| Adresa trvaléhopobytu: |  |
| Adresa prechodnéhopobytu: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OTEC** | Meno a priezvisko: | Tel. č.: |
| Adresa trval. pobytu: |
| Adresa: *1)* | Tel. č.: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MATKA** | Meno a priezvisko: | Tel. č.: |
| Adresa trval. pobytu: |
| Adresa: *1)* | Tel. č.: |

|  |  |
| --- | --- |
| Žiadam prijať dieťa do MŠ na:*2)*1. celodenný
2. poldenný
3. adaptačný pobyt
4. diagnostický pobyt
 | Požadovaný vyučovací jazyk: a) slovenský  |

|  |  |
| --- | --- |
| Záväzný dátum nástupu do MŠ žiadam odo dňa: | Dátum podania žiadosti: |

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

 **Podpis rodičov /zákonných zástupcov**

|  |
| --- |
| ***Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa*** |
| Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa 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. 1 vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z.z. o materskej škole:Dieťa: ● **je spôsobilé** navštevovať materskú školu*\*)* ● **nie je spôsobilé** navštevovať materskú školu*\*)*Špeciálne potreby, starostlivosť a obmedzenia dieťaťa:(napr. v strave, zdravot. problémy, alergia....)............................................................................................................................................ ..........................................................................................................Údaje o povinnom očkovaní: .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | ...................................dátum ..................................................priezvisko, meno titul dets. lekára............................................ pečiatka a podpis detského lekára |

 *\*) nehodiace sa prečiarknite*

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

***VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU***

V prípade *ochorenia* dieťaťa prenosnou chorobou, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim túto skutočnosť riaditeľke (triednej učiteľke) materskej školy.

Beriem na vedomie, že na základe opakovaného *porušovania školského poriadku* školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do školy.

Zároveň dávam súhlas na **spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov**
pre potreby školy (spracovanie žiadosti a archiváciu) v zmysle §11 ods. 7 školského zákona a v zmysle §11 zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

Ako zákonný zástupca dieťaťa **prehlasujem,** že v zmysle § 28 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) v znení neskorších predpisov a v zmysle Všeobecne záväzného nariadenia č.1/2019 vydaného obcou Budkovce,**poznám** výšku mesačného poplatku na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy (5,50 €) a súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne a v termíne platiť tento príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy.

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

 **Podpis rodičov / zákonných zástupcov**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Poznámky:***

*1) adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu a kontakt na účely*

 *komunikácie*

*2) vhodné zakrúžkujte*