Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy

 Podpísaný zákonný zástupca dieťaťa žiadam o prijatie môjho syna/dcéry do MŠ Voznica 206,

 96681, s vyučovacím jazykom slovenským.

 Záväzný nástup dieťaťa do MŠ žiadame odo dňa....................................................................

|  |
| --- |
| **Meno a priezvisko dieťaťa:** |
| **Bydlisko dieťaťa:** |
| **Dátum narodenia:** | **Rodné číslo:**  |
| **Miesto narodenia:** |  |
| **Štátna príslušnosť:** |  |
| **Národnosť:** |  |
| **Názov zdravotnej poisťovne:** | **Číslo zdravotnej poisťovne:** |
| **Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa:** |
| **Otec:** | **Matka:** |
| **Meno a priezvisko:** | **Meno a priezvisko:** |
| **Bydlisko:**  | **Bydlisko:** |
| **Zamestnávateľ:** | **Zamestnávateľ:** |
| **Telefonický kontakt:** | **Telefonický kontakt:** |
| **E-mail:** | **E-mail:** |
| **Adresa pobytu dieťaťa, ak nebýva u zákonných zástupcov / rodičov:** |
| **Dieťa navštevuje – nenavštevuje MŠ/DJ**  | Prihlasujem dieťa na pobyt:a) celodenný (desiata, obed, olovrant) b) poldenný (desiata, obed) |

\* nehodiace sa škrtnite

 **Dátum podania žiadosti : Podpisy zákonných zástupcov:**

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

* Čestne vyhlasujem, že dieťa je/nie je prijaté na predprimárne vzdelávanie v inej  materskej škole.
* Zároveň čestne vyhlasujem, že budem dodržiavať školský poriadok materskej školy, riadne a včas uhrádzať mesačný príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov a príspevku na stravovanie

v materskej škole § 28 ods. 5, 6 a § 140 ods. 9, 10 zákona č.245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným Všeobecne záväzným nariadením obce Voznica o príspevkoch v materskej škole a v školskej jedálni v zriaďovateľskej pôsobnosti obce Voznica.

* Vzhľadom na to, že moje dieťa je/nie je dieťaťom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, k žiadosti prikladám/neprikladám aj vyjadrenie príslušného školského zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a vyjadrenie všeobecného lekára pre detí a dorast, v prípade zmyslového a telesného postihnutia aj vyjadrenie príslušného odborného lekára.
* V zmysle zákona 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a v súlade s §11 ods.6 a 7 zákona

č. 245/2008 Z.z. (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov udeľujem súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby materskej školy.

* Dotknutá osoba/ zákonný zástupca bol oboznámený so spracovaním osobných údajov podľa zákona 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov z nástenky pri vstupe do materskej školy.

**Vo Voznici dňa**: ................................

**Podpisy zákonných zástupcov/rodičov (otec, matka):** ................................................................

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

**Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast / pediatra o zdravotnom stave dieťaťa**

/podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov /.

**Dieťa**

* **\*je spôsobilé navštevovať MŠ** – je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje špecifickú zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť a je schopné plniť požiadavky v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa v predškolskom veku
* **\*je spôsobilé navštevovať MŠ s obmedzeniami (uviesť, ktoré)**.........................................................
* **\*nie je spôsobilé navštevovať MŠ**

**Ďalšie poznámky pediatra**

Alergie, zdravotne znevýhodnenie alebo postihnutie (druh, stupeň postihnutia), iné závažné problémy a skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania dieťaťa v MŠ:

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

**Očkovanie dieťaťa:** ..............................................................................................................................

V........................................... dňa ................................. .................................................

 Pečiatka a podpis pediatra