Materská škola v Milpoši, Milpoš 55, 082 71 Lipany, e-mail. ms.milpos55@azet.sk

**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie s výchovným jazykom slovenským**

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa:  |
| Dátum narodenia:  | Rodné číslo:  |
| Miesto narodenia:  |  |
| Národnosť: | Štátna príslušnosť: |
| Bydlisko (adresa) |
| Adresa trvalého pobytu: | Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu: |

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko matky: | Meno a priezvisko otca: |
| Telefonický kontakt: | Telefonický kontakt: |
| E- mail kontakt: | E- mail kontakt: |
| Trvalý pobyt: | Trvalý pobyt:  |
| Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:  | Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:  |

Prihlasujem dieťa na: (*\** ) celodenný pobyt ( desiata , obed, olovrant)

 poldenný pobyt ( desiata, obed )

Vyhlásenie zákonných zástupcov dieťaťa:

Vyhlasujem, že údaje uvedené v žiadosti a v priložených dokladoch, ktoré sú súčasťou tejto žiadosti, sú úplné a pravdivé. V zmysle zákona č.18/2018 Z. z o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím so spracovaním a sprístupnením osobných údajov s cieľom vyhodnotenia žiadosti o prijatie môjho dieťaťa na predprimárne vzdelávanie.

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

 Podpis zákonného zástupcu – matka Podpis zákonného zástupcu - otec

**Zákonní zástupcovia spolu s písomnou žiadosťou o prijatie dieťaťa do materskej školy predkladajú aj potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa od všeobecného lekára pre deti a dorast . Žiadosť podaná bez tohto potvrdenia nie je kompletná, nebude akceptovaná.**

 \*) Nehodiace sa prečiarknite

**POTVRDENIE LEKÁRA**

**o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa na pobyt v kolektíve**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa (§ 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a §3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole) v znení zmien a doplnkov

 vyhlášky č. 308/2009 Z. z. **a jeho spôsobilosti na pobyt v kolektíve:**

**Meno a priezvisko dieťa:** ........................................................................................................... **Dátum narodenia:** ......................................................................................................................

Dieťa:

\* **je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve,**

**\* nie je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve.**

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

**Iné obmedzenia/alergie:** .............................................................................................................

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

Dátum: .............................................. ......................................................

pečiatka a podpis lekára

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

\*) Nehodiace sa prečiarknite