**ŽIADOSŤ**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

................................................. Dátum prijatia žiadosti:....................................

 pečiatka MŠ

Podpísaný (zákonný zástupca dieťaťa) rodič žiadam o prijatie dieťaťa do Materskej školy Slanské Nové Mesto 174.

**Meno a priezvisko dieťaťa :** .....................................................................R.Č..............................

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

Bydlisko: …………………………………………………………………..PSČ: …………………

Štátna príslušnosť: …………………………………Národnosť: ……………………………….….

Číslo telefónu – domov: …………………………..Mobil: …………………………………….….

**Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa:**

Meno a priezvisko: …………………………………………………………………………………

Adresa zamestnávateľa: …………………………….....................tel: ……………………………

Meno a priezvisko: …………………………………………………………………………………

Adresa zamestnávateľa: …………………………….....................tel: ……………………………

Dieťa **navštevovalo – nenavštevovalo** MŠ ( uviesť ktorú a dokedy)..............................................

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

**Prihlasujem svoje dieťa na pobyt**:........................................................................................

1. celodenný ( desiata, obed, olovrant)
2. poldenný ( desiata, obed)
3. poldenný ( desiata)

**Vyučovacím jazykom je štátny jazyk**

**Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:** ...............................................................

Zisťované údaje sú v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších

predpisov, zákonom č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

**Vyhlásenie zákonného zástupcu dieťaťa**

Vyhlasujem, že všetky údaje som uviedol/uviedla pravdivo a úplne a že som si vedmý/á, že nepravdivé alebo neúplné údaje môžu byť použité v môj neprospech pri rozhodnutí o prijatí dieťaťa do materskej školy.

Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám službukonajúcej učiteľke a po ukončení výchovy a vzdelávania ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 10 rokov) na základe môjho písomného splnomocnenia.

Záväzne vyhlasujem, že v prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim túto skutočnosť riaditeľovi materskej školy: oznámim aj každé očkovanie a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov v zmysle príslušných ustanovení školského zákona.

Zaväzujem sa pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN obce …………………………………………..

V………………………………..dňa………………………………

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

 podpisy zákonných zástupcov dieťaťa

**POTVRDENIE**

 **všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Meno a priezvisko dieťaťa...................................................dátum narodenia...................................

Bydlisko..............................................................................................................................................

Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa a údaji o povinnom očkovaní 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 súlade s § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní /školský zákon/ a o doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení zmeny č.308/2009 Z. z.

**Vyjadrenie:**

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

 Dátum: Pečiatka a podpis lekára