

Evidenčné číslo žiadosti:

Žiadosť prijatá dňa:

**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE
DO MATERSKEJ ŠKOLY HANKOVCE, HANKOVCE 1,086 46 HANKOVCE**

Meno a priezvisko dieťaťa:

Adresa trvalého pobytu dieťaťa + PSČ:

Dátum narodenia: Miesto narodenia: Rodné číslo:

Národnosť: Štátne občianstvo: Zdravotná poisťovňa:

Informácie o rodičoch/zákonných zástupcoch dieťaťa	
OTEC	MATKA
titul, meno, priezvisko:	titul, meno, priezvisko:
adresa trvalého pobytu:	adresa trvalého pobytu:
telefónny kontakt:	telefónny kontakt:
e-mail:	e-mail:
Počet detí v rodine:	
Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo M Š * U viesť ktorú, odkedy	
Prihlasujem dieťa na pobyt:* celodenný / poldenný	
Adresa pobytu dieťaťa, ak nebýva na adrese trvalého pobytu:	

* nehodiace sa prečiarknite

Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne platiť príspevok za pobyt dieťaťa v materskej škole určený na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle Zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. a poplatok za stravu.

Ak dieťa nenastúpi do materskej školy v čase uvedenom na rozhodnutí o prijatí, je potrebné neodkladne kontaktovať riaditeľku školy.

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorý je zverejnený na webovom sídle prevádzkovateľa www.mstrebisovska.webnode.sk a na úradnej tabuli v priestoroch prevádzkovateľa.

.....

.....

Podpis oboch zákonných zástupcov

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti (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 a § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťa

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Dieťa je **spôsobilé** navštevovať materskú školu áno / nie

Absolvovalo všetky **povinné očkovanie:** áno / nie

Alergie alebo iné závažné skutočnosti, ktoré považujete za dôležité uviesť:

Odporúčenie všeobecného lekára

.....
Dátum vydania potvrdenia:

.....
pečiatka a podpis lekára

Potvrdenie prijaté MŠ dňa: