

Dátum prevzatia žiadosti:

Prevzala:

Žiadosť o prijatie dieťaťa do Súkromnej materskej školy Krasňanko

na predprimárne vzdelávanie s vyučovacím jazykom slovenským

Žiadam o prijatie dieťaťa do Súkromnej materskej školy Krasňanko, Hrušková 2D, Bratislava, v školskom roku 2024/2025 od na celodennú/poldennú starostlivosť *(nehodiace sa preškrtnite)

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Miesto narodenia:.....

Rodné číslo:Národnosť:.....

Štátna príslušnosť: Zdravotná poisťovňa:

Materinský jazyk dieťaťa: ,.....

Adresa trvalého bydliska dieťaťa:

Adresa prechodného bydliska dieťaťa:

Zákonný zástupca dieťaťa / otec

Titul, Meno a priezvisko:

Adresa trvalého bydliska:

Korešpondenčná adresa:

Tel. č.:..... e-mail:

č. e-schránky*.....

Zákonný zástupca dieťaťa / matka

Titul, Meno a priezvisko:

Adresa trvalého bydliska:

Korešpondenčná adresa:

Tel. č.:..... e-mail:

č. e-schránky*.....

*číslo schránky zriadenej a aktivovanej na ústrednom portáli verejnej správy Slovensko.sk, ktorý zabezpečuje centrálny a jednotný prístup k informačným zdrojom a službám verejnej správy. Podľa § 17 ods. 1 zákona č. 305/2013 Z. z. je orgán verejnej moci povinný uplatňovať výkon verejnej moci elektronicky, t.j. poslať rozhodnutie do tejto schránky.

Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V Bratislave dňa

Podpisy obidvoch zákonných zástupcov

Otec

Matka:

POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA

Meno a priezvisko dieťaťa:

Bydlisko:

Dátum narodenia: Číslo zdravotnej poisťovne:

Psychický vývin dieťaťa:

je spôsobilé

nie je spôsobilé

navštevovať materskú školu.

Fyzický vývin dieťaťa:

je spôsobilé

nie je spôsobilé

navštevovať materskú školu.

Očkovanie dieťaťa:

je očkované

nie je očkované

** nehodiace sa prečiarknuť*

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy:

.....

Meno ošetrojúceho lekára dieťaťa:

č. telefónu na ošetrojúceho lekára dieťaťa:

V Bratislave dňa

.....
 pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára