**Materská škola, Lesná 10, 946 03 Kolárovo**

Tel: 0915 480 881, e – mail: lesna.skolicka@gmail.com

**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE**

**Meno a priezvisko dieťaťa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dátum narodenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bydlisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Miesto narodenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Národnosť \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Materinský jazyk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Počet súrodencov v rodine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Meno a priezvisko otca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ t. č. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

E – mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Meno a priezvisko matky \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ t. č. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

E – mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V prípade neúplnej rodiny zákonným zástupcom dieťaťa je**: **otec – matka – iná osoba**\*

Meno zákonného zástupcu **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  t.č. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

E – mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dieťa navštevovalo – nenavštevovalo MŠ\*

Žiadam umiestniť dieťa:

1. v MŠ, Lesná 10
2. na elokovanom pracovisku Lesná 8
3. neurčujem

Prihlasujem dieťa na pobyt:

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

Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* nehodiace sa preškrtnúť

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV**

Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám službukonajúcej učiteľke a po ukončení výchovnej starostlivosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba na základe písomného splnomocnenia.

Zaväzujem sa, že oznámim vedeniu školy výskyt infekčnej choroby v rodine, u dieťaťa alebo v najbližšom okolí.

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov na pobyt v materskej škole v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s VZN mesta Kolárova č. 1/2023.

Čestne vyhlasujem, že dieťa nie je zapísané v inej materskej škole.

Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle § 11 ods. 7 školského zákona.

**Beriem na vedomie, že na základe opakovaného porušovania vnútorného poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do materskej školy.**

Dátum vyplnenia žiadosti Podpisy zákonných zástupcov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 matka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V prípade neúplnej rodiny podpis zákonného zástupcu dieťaťa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LEKÁRSKE POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 1 ods. 7 vyhlášky MŠ SR č. 541/2021 Z. Z. o materskej škole.

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

Údaje o povinnom očkovaní: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dátum **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Pečiatka a podpis lekára:

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 \* nehodiace sa preškrtnite