**Materská škola Vyšný Kubín**

Vyšnokubínska 135/35, 026 01 Vyšný Kubín, *e-mail:* skola@vysnykubin.sk, *tel.č.* 043/5863488

**Žiadost' o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

 Meno a priezvisko dieťaťa ...........................................................................................................................................

 Dátum narodenia Rodné číslo .......................................Národnosť .......................................

Miesto narodenia ........................................................................................................................................................

 Názov a číslo zdravotnej poisťovne ..............................................................................................................................

 Adresa trvalého pobytu ..........................................................................Prechodný pobyt...........................................

 Meno a priezvisko otca....................................................................................telefónny kontakt.................................

Adresa trvalého pobytu................................................................................................................................................

Adresa zamestnávateľa................................................................................................................................................

 Meno a priezvisko matky...............................................................................telefónny kontakt.................................

Adresa trvalého pobytu...............................................................................................................................................

Adresa zamestnávateľa ...............................................................................................................................................

 \* Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ (uveďte, ktorú a dokedy) ...........................................................................

\* Žiadam prijať dieťa do MŠ na:

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

c) adaptačný pobyt,

 **Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam(e) od**

**dňa:......................................................................**

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO (ÝCH) ZÁSTUPCU (OV)**

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľovi (triednemu učiteľovi) materskej školy. Ďalej sa zaväzujem( e), že oznámim( e) výskyt infekčnej choroby v rodine, u dieťaťa alebo v najbližšom okolí.

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

Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR. SR Č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a

o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so  VZN obce Vyšný Kubín č. 5/2016 zo dňa 15.12.2016

 Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle § 11 písm. 7 školského zákona č.245/2008.

Dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov uvedených v žiadosti v zmysle zákona č. 18/2018 Z.z .

o ochrane osobných údajov.

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

Dátum vyplnenia žiadosti Podpis (y) zákonného (ých) zástupcu (ov)

**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 §3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole.

**\*Dieťa:**

**je spôsobilé navštevovať materskú školu**

**nie je spôsobilé navštevovať materskú školu**

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

Dátum: ........................................Pečiatka a podpis lekára............................................................

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

\*) Nehodiace sa prečiarknite

Zákonný zástupca .........................................................................................................................

Bytom ....................................................................................................... PSČ ...........................

 **MŠ Vyšný Kubín**

**Vyšnokubínska 135/35**

 **026 01 Vyšný Kubín**

**Vec: Žiadosť o prerušenie dochádzky dieťaťa do MŠ**

 Žiadam Vás o prerušenie dochádzky dieťaťa ............................................................... nar. ................................................................., do materskej školy v školskom roku ................ na obdobie od ......................................... do ...............................................

**Dôvod:**

Príloha: Lekárske potvrdenie

 Vo Vyšnom Kubíne dňa ...................................... .

 podpis zákonného zástupcu