

Materská škola Vyšný Kubín

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

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťaDátum narodenia

Rodné čísloŠtátna príslušnosťNárodnosť.....

Miesto narodeniaNázov a číslo zdravotnej poisťovne

Adresa trvalého pobytuPSČ

Adresa prechodného pobytuPSČ.....

Meno a priezvisko otca.....tel. kontakt..... e-mail.....

Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....

Meno a priezvisko matky.....tel. kontakt..... e-mail.....

Adresa trvalého pobytu.....PSČ.....

* **Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ** (uved'te, ktorú a dokedy)

.....

* **Žiadam prijať dieťa do MŠ**

na:

a) celodenný pobyt

b) poldenný pobyt

c) adaptačný pobyt,

Závazný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam(e) odo dňa:.....

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO (ÝCH) ZÁSTUPCU (OV)

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám službukonajúcemu pedagogickému zamestnancovi a po ukončení výchovno-vzdelávacej činnosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia.

2. Zaväzujem sa, že pred prvým vstupom dieťaťa do materskej školy a po neprítomnosti v materskej škole dlhšej ako 5 dní písomne oznámim riaditeľstvu materskej školy, že dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie (v zmysle § 24 ods. 6 písm. b), c), ods. 7, 8 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

3. 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) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa presnou chorobou.

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

5. 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 .

6. Čestne vyhlasujem(e), že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.

7. Súhlasíme so spracúvaním osobných údajov dieťaťa uvedených v žiadosti na účely materskej školy a jeho zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v rámci platných legislatívnych predpisov (zákon č. 596/2003 Z. z., výnos č. 23609/2008-II/1, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 29775/2007-II/1 o poskytovaní dotácií v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (oznámenie č. 597/2007 Z. z.).

.....
Dátum vyplnenia žiadosti

.....
Podpis (y) zákonného (ých) zástupcu (ov)

Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti 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 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.

Dieťa netrpí žiadnou chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v MŠ alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v MŠ zúčastňujú.

***Potvrdzujem, že dieťa je fyzicky i psychicky : spôsobilé / nespôsobilé navštevovať MŠ**

Upozorňujem na : alergiu, iné ochorenie.....

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