**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 .......................................................................PSČ ............................................................... Adresa prechodného pobytu ..............................................................PSČ...............................................................

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

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

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

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

 \* **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)**

 **odo 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) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa presnou chorobou.

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 .

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

Súhlasím 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 .

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

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 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