



ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

Meno a priezvisko dieťaťa

Trvalý pobyt PSČ

Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu..... PSČ

Dátum narodenia Rodné číslo

Miesto narodenia Vierovyznanie

Národnosť Štátna príslušnosť

Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa

Titul, meno, priezvisko (otca).....

Trvalý pobyt PSČ

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu (korešpondenčná adresa)..... PSČ

Tel.číslo Mail

Titul, meno, priezvisko (matky).....

Trvalý pobyt PSČ

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu (korešpondenčná adresa)..... PSČ

Tel.číslo Mail

- ❖ Dieťa navštevuje/navštevovalo materskú školu. Ak áno, uveďte ktorú a odkedy – dokedy
- ❖ Žiadosť o prijatie dieťaťa podávame aj do inej materskej školy: áno - nie
- ❖ Dieťa má v EMŠ súrodencia: áno - nie
- ❖ Žiadam/e prijať dieťa do MŠ na: a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant)
b) poldenný pobyt (desiata, obed)
- ❖ Výchovu a vzdelávanie žiadam/e zabezpečiť v jazyku
- ❖ Závazný nástup dieťaťa do EMŠ žiadam/e od dňa:

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO/ÝCH ZÁSTUPCU/OV

Potvrdzujem/e pravdivosť a správnosť uvedených údajov.

Beriem/e na vedomie, že v prípade, že naše dieťa si vyžaduje špeciálne výchovno – vzdelávacie potreby, sme povinní k žiadosti predložiť: potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa od všeobecného lekára pre deti a dorast, vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast.

Beriem/e na vedomie, že sme povinní dodržiavať Školský poriadok Evanjelickej materskej školy.

Beriem/e na vedomie, že je našou povinnosťou informovať školu o zmene zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, jeho zdravotných problémoch alebo iných závažných skutočnostiach, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania (§144 od. 7 písm. d) zákona č. 245/2008 Z.z.).

Dávam/e súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle zákona.

V dňa

Podpis zákonného zástupcu

Podpis zákonného zástupcu

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.

❖ Dieťa: **je** zdravotne spôsobilé absolvovať predprimárne vzdelávanie.

nie je zdravotne spôsobilé absolvovať predprimárne vzdelávanie.

❖ Dieťa **absolvovalo** všetky povinné očkovania.

neabsolvovalo všetky povinné očkovania.

❖ Dieťa má nasledovné závažné ochorenie:

.....

V dňa

Pečiatka a podpis lekára

❖ Nehodiace sa prečiarknite.