

Základná škola s materskou školou, Školská 219, 958 52 Žabokreky nad Nitrou

Číslo:

Žabokreky nad Nitrou, dňa

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie v materskej škole

Osobné údaje dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa:
Dátum a miesto narodenia:
Adresa trvalého pobytu:
Rodné číslo:
Zdravotná poisťovňa:
Materinský jazyk:
Národnosť: Štátna príslušnosť:

Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa

Meno, priezvisko, titul (otec):	Meno, priezvisko, titul (matka):
Adresa trvalého pobytu:	Adresa trvalého pobytu:
Kontakt na účely komunikácie:	Kontakt na účely komunikácie:
email:	email:

Dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

Prihlasujem dieťa na celodenný/poldenný pobyt* v MŠ.

** nehodiace prečiarknite*

Čestne prehlasujeme, že dieťa **je prijaté / nie je prijaté*** do inej materskej školy.

**nehodiace prečiarknite*

Potvrdzujeme pravdivosť údajov a berieme na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií alebo ďalších skutočností, ktoré nie sú v súlade s platnou legislatívou, môže byť rozhodnutie o prijatí dieťaťa do materskej školy zrušené.

Dátum podania žiadosti:

Podpis zákonného zástupcu (matky) dieťaťa:

Podpis zákonného zástupcu (otca) dieťaťa:

Potvrdenie zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Potvrdenie a vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast 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 Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 308/2009 Z. z. o materskej škole.

Dieťa je spôsobilé / nie je spôsobilé navštevovať bežnú materskú školu* (**nehodiace prečiarknite*) v ZŠ s MŠ Žabokreky nad Nitrou, Školská 219, 958 52 Žabokreky nad Nitrou.

Dieťa absolvovalo povinné očkovania: **ÁNO / NIE*** (**nehodiace prečiarknite*)

Alergické prejavy a ochorenia:

.....

Upozornenia pre pedagogického zamestnanca (režim, liečba a pod.):

.....

.....

.....

Dátum:

pečiatka a podpis všeobecného lekára
pre deti a dorast

Ak ide o dieťa so **špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami**, zákonný zástupca dieťaťa k žiadosti predloží:

- Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa od všeobecného lekára pre deti a dorast,
- vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a
- odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast (môže byť aj súčasťou potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti)

Podľa §144 ods.7 pís. d) zákona č. 245/2008 je zákonný zástupca dieťaťa povinný informovať školu alebo školské zariadenie o zmene zdravotnej spôsobilosti jeho dieťaťa, jeho zdravotných problémoch alebo iných závažných skutočnostiach, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania.