**Materská škola Malá Ida, Školská 5, 044 20 Malá Ida**

**tel: 055/6970 136, email:** **skolalastovicka@gmail.com**

**Žiadosť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do MŠ**

**Podpísaný zákonný zástupcovia žiadame o prijatie nášho dieťaťa do MŠ na ulici:**

**Školská 5, Malá Ida**

v školskom roku .................../................... od ..............................................................................

**Meno a priezvisko dieťaťa:** .......................................................................................................

Dátum narodenia: ............................................. miesto narodenia...............................................

Rodné číslo: .......................................................... Národnosť: ...................................................

Trvalé bydlisko dieťaťa: ...............................................................................................................

Zdravotná poisťovňa: ........................................... Štátna príslušnosť: ........................................

*Dieťa je/nie je samostatné v používaní lyžice, pije/nepije samostatne z pohára, je samostatné/ nie je samostatné pri používaní toalety.*

Dieťa toho času navštevuje/nenavštevuje inú MŠ na ulici:

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

Žiadame o prijatie na: a) celodenný pobyt dieťaťa / desiata, obed, olovrant /

 b) poldenný pobyt / desiata, obed /

**Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa**

Meno a priezvisko matky: ..................................................... Rodné priezvisko: ........................

Trvalé bydlisko podľa OP: ...........................................................................................................

Tel. č. .................................................................. email ...............................................................

Zamestnanie: ................................................................................................................................

Zamestnávateľ / názov, adresa, tel.č. /..........................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meno a priezvisko otca : ..............................................................................................................

Trvalé bydlisko podľa OP: ...........................................................................................................

Tel. č. .................................................................. email ...............................................................

Zamestnanie: ................................................................................................................................

Zamestnávateľ / názov, adresa, tel.č. /..........................................................................................

**Súrodenci dieťaťa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko** | **Rok narodenia** | **Navštevuje MŠ / ZŠ****/ adresa /** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast**

* **o zdravotnom stave dieťaťa** ( podľa §24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov )

Dieťa:

* **je spôsobilé navštevovať MŠ** – je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje špecifickú zdravotnú starostlivosť a výchovno – vzdelávaciu starostlivosť a je schopné plniť požiadavky v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa v predškolskom veku.
* **je spôsobilé navštevovať MŠ s obmedzeniami** ( uviesť ktoré, napr: alergie, zdravotné znevýhodnenie alebo postihnutie – druh, stupeň postihnutia, iné závažné problémy a skutočnosti )

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

* **nie je spôsobilé navštevovať MŠ**

**Dieťa pravidelne očkované áno / nie** (uviesť dôvod)...........................................................

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

**Vyhlásenie rodičov / zákonných zástupcov dieťaťa:**

 **Vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé, a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.**

V zmysle zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov súhlasím s použitím a spracovaním osobných údajov pre potreby materskej školy, zdravotnej starostlivosti a poistenia dieťaťa.

Súčasne sa zaväzujem pravidelne mesačne platiť príspevky na čiastočnú náhradu nákladov v MŠ v zmysle §28 zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní ( školský zákon ) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s VZN obce Malá Ida o určení výšky príspevku na čiastočnú úhradu nákladov v školách a zariadeniach školského stravovania zriadených obcou Malá Ida.

Som si vedomá/ý, že v prípade porušenia školského poriadku školy môže riaditeľka školy po predchádzajúcom písomnom upozornení vydať rozhodnutie o predčasnom ukončení predprimárneho vzdelávania môjho dieťaťa.

Dátum:........................... Podpisy oboch zákonných zástupcov.................................................................

Prijaté dňa:............................ Podpis potvrdzujúci prebratie..................................................

 Pečiatka a podpis riaditeľky MŠ:............................................

**Prosíme vyplniť všetky údaje**.0