**Základná škola s materskou školou, Hlavná 37,**

 **EP Nám. Oslobodenia 2,**  **900 66 Vysoká pri Morave**

## ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA DO MATERSKEJ ŠKOLY

## *na predprimárne vzdelávanie s vyučovacím jazykom slovenským*

Evidenčné číslo: ......................................... Žiadosť prijatá dňa:.................................

Žiadam o prijatie dieťaťa do materskej školy v školskom roku ..................... záväzne od ....................

**Forma vzdelávania** poldenná / celodenná

Meno a priezvisko **dieťaťa** ..................................................................................................................... Dátum narodenia ........................... Miesto narodenia .......................................................................

Rodné číslo ..................................... Národnosť......................... Štátna príslušnosť............................ Bydlisko: ....................................................................................... PSČ..................................................

Meno a priezvisko **matky** .............................................................. email ............................................

Bydlisko ............................................................................................. tel. č. .........................................

**Elektronická schránka**: Žiadam o komunikáciu prostredníctvom mojej elektronickej schránky, ktorú

mám zriadenú na slovensko.sk

 ÁNO ........................................ NIE

 Uveďte rodné číslo

Meno a priezvisko **otca** ................................................................. email .............................................

Bydlisko ............................................................................................. tel. č...........................................

**Elektronická schránka**: Žiadam o komunikáciu prostredníctvom mojej elektronickej schránky, ktorú

mám zriadenú na slovensko.sk

 ÁNO ......................................... NIE

 Uveďte rodné číslo

Kontaktná adresa (zákonného zástupcu) pre korešpondenciu:

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

**Vyhlásenie zákonných zástupcov:**

*Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, včítane zdravotného stavu dieťaťa, sú pravdivé..*

*Zaväzujem sa v zmysle zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov, riadne a včas, uhrádzať príspevok na čiastočnú úhradu nákladov za pobyt dieťaťa v MŠ a poplatok za stravu.*

*Som si vedomý/á/, že v prípade závažného porušovania školského poriadku materskej školy a neuhradenia príspevku na čiastočnú úhradu nákladov a stravovanie, môže riaditeľ školy rozhodnúť po predchádzajúcom písomnom upozornení o ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ.*

*Odovzdaním žiadosti, dávam súhlas na spracovanie uvedených údajov v zmysle zákona č.112/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a v súlade s §11 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*

V .................................. ........dňa ........................ Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa:

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

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

 **Základná škola s materskou školou, Hlavná 37,**

 **EP Nám. Oslobodenia 2,**  **900 66 Vysoká pri Morave**

## Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti absolvovať

## predprimárne vzdelávanie

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

Psychický vývin dieťaťa:

**je spôsobilé / nie je spôsobilé**  navštevovať materskú školu.

Fyzický vývin dieťaťa:

**je spôsobilé / nie je spôsobilé**  navštevovať materskú školu.

Dieťa absolvovalo všetky povinné očkovania: **áno / nie**

*\* nehodiace sa prečiarknuť*

Alergie, intolerancia, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy:

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

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

Meno a priezvisko MUDr. ...............................................................................

Tel. kontakt: .................................................

V..................................... dňa ........................

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

 pečiatka a podpis všeobecného lekára

 pre deti a dorast