

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Podpísaný /zákonný zástupca dieťaťa/ rodič, žiadam o prijatie do Materskej školy v Ždani, Lúčna č.243 /2
v školskom roku..... od.....

Meno a priezvisko dieťaťaDátum narodenia.....

Rodné číslo.....Národnosť.....Štátna príslušnosť.....

Bydlisko.....

Zdravotná poisťovňa/ čísloMiesto narodenia.....

Meno a priezvisko otca

Bydlisko..... tel.č.

Adresa zamestnávateľa..... tel.č.

e-mailový kontakt.....

Meno a priezvisko matky.....

Bydlisko..... tel.č.

Adresa zamestnávateľa..... tel.č.

e-mailový kontakt.....

Jazyk, v ktorom rodič požaduje zabezpečiť výchovu a vzdelávanie v materskej škole:

slovenský jazyk

Prihlasujem dieťa na pobyt:

- celodenný

- poldenný

Dieťa :

- je samostatné

- nie je samostatné

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy: od

Prehlasujem na svoju česť, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov bude rozhodnutie o umiestnení dieťaťa v MŠ zrušené.

Zároveň čestne vyhlasujem, že budem dodržiavať školský poriadok materskej školy, riadne a včas uhrádzať príspevok za pobyt dieťaťa v MŠ /školné/ a príspevok na stravovanie podľa §28 zákona ods.3 zákona NR SR č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní.

Som si vedomý /á/, že v prípade závažného porušovania školského poriadku materskej školy a neuhradenia príspevku za stravovanie a pobyt dieťaťa v MŠ môže riaditeľka MŠ rozhodnúť po predchádzajúcom písomnom upozornení o ukončení dochádzky dieťaťa v MŠ.

Ako zákonný zástupca dieťaťa v zmysle zákona č. 122/2013 Z.z. dávam týmto výslovný súhlas na spracovanie a uchovávanie osobných údajov uvedených v tejto prihláške počas zákonom daných lehôt. /Zákon č.395/2002 Z.z. o archívoch a registratúrach a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov o archívniectve/.

V Ždani dňa

Podpis zákonného zástupcu.....

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:

Dieťa je spôsobilé / nie je spôsobilé navštevovať MŠ:

Psychický vývin.....Fyzický vývin.....
Alergie a iné závažné problémy.....
.....

Dátum.....

Pečiatka a podpis lekára.....

Vypĺňa MŠ:

Prijala dňa.....

Pečiatka a podpis riad. školy

Číslo.....