## Ž I A D O S Ť

## o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

## do Materskej školy, Malinovská 124/28, 900 28 Zálesie

**ÚDAJE O DIEŤATI**

**Meno a priezvisko dieťaťa:**

Dátum a miesto narodenia:

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

**ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI – OTEC**

**Titul, meno a priezvisko otca:**

Adresa trvalého bydliska, PSČ:

Prechodné bydlisko, PSČ:

Tel. kontakt: email:

**ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI – MATKA**

**Titul, meno a priezvisko matky:**

Adresa trvalého bydliska, PSČ:

Prechodné bydlisko, PSČ:

Tel. kontakt: email:

**Adresát korešpondencie: matka / otec** (nehodiace prečiarknite)

**PREHLÁSENIE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV DIEŤAŤA**

1. Prehlasujem(e) a svojim podpisom potvrdzujem (e), že všetky údaje uvedené v tejto

 žiadosti sú pravdivé a materskú školu som /sme ničím neuviedli do omylu.

2. V prípade nepravdivých údajov má materská škola právo vylúčiť dieťa z MŠ Zálesie.

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

 dátum meno, priezvisko otca a podpis zákonného zástupcu

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

 dátum meno, priezvisko matky a podpis zákonného zástupcu

Podpísaní rodičia (zákonní zástupcovia) žiadame o prijatie nášho dieťaťa do MŠ Zálesie

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

*"Osobné údaje sú spracúvané v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. b) Nariadenia Európskeho Parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov), resp. § 13 ods. 1 písm.b) zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov"*

**Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

a údaji o povinnom očkovaní podľa § 24 ods.7 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o  zmene a  doplnení niektorých zákonov.

**Meno a priezvisko dieťaťa:**

Dátum narodenia:

* Dieťa absolvovalo – neabsolvovalo povinné očkovania. (\*nehodiace sa prečiarknite)
* Dieťa je zdravé, nevyžaduje dlhodobú zdravotnícku starostlivosť **NIE – ÁNO**\*
* Dieťa je zdravotne znevýhodnené:

 - má zdravotné postihnutie - mentálne, sluchové, zrakové a telesné postihnutie,

  narušenú komunikačnú schopnosť, **NIE – ÁNO**\*

 - má diagnostikovaný autizmus **NIE – ÁNO**\*

 - je choré alebo zdravotne oslabené **NIE – ÁNO**\*

 - má vývinové poruchy **NIE – ÁNO**\*

 - má poruchy správania **NIE – ÁNO**\*

 - vyžaduje dlhodobú/dočasnú zdravotnícku starostlivosť **NIE – ÁNO**\*

* Dieťa trpí poruchami výživy a má požiadavky na výluku problematických potravín zo stravy, alebo donášku vlastnej stravy: **NIE – ÁNO**\* (\*nehodiace sa prečiarknite).
* Dieťa má iné zdravotné problémy alebo chorobu, ktorej prejavy by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole a ohrozovať či obmedzovať výchovu a vzdelávanie dieťaťa, ale aj ostatných detí. **NIE – ÁNO**\*...........................................................

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

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

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

 dátum vydania potvrdenia pečiatka a podpis praktického lekára pre deti a dorast

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dátum prevzatia žiadosti:....................Podpis preberajúceho pedag. zamestnanca: ....................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tu odstrihnúť \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Potvrdenie o prebratí  Žiadosti o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do Materskej školy Zálesie.**

Dátum prevzatia žiadosti:...................Podpis preberajúceho pedag. zamestnanca: ….................