

Materská škola Hažlín

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezviska dieťaťa.....

Dátum a miesto narodenia..... Rodné číslo

Národnosť Názov a číslo zdravotnej poisťovne.....

Bydlisko.....PSČ.....

Tel./mob.....e-mail.....

Žiadateľ-rodíč/náhradný rodič

Meno a priezvisko

Adresa:

Adresa zamestnávateľa:

Pracovné zaradenie:tel.....

Druhý rodič

Meno a priezvisko

Adresa:

Adresa zamestnávateľa:

Pracovné zaradenie:tel.....

Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ (uveďte ktorú a dokedy).....

Žiadam prijať dieťa do MŠ na (zakrúžkovať):

a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant),

b) poldenný pobyt (desiata, obed),

c) poldenný pobyt (obed, olovrant),

d) adaptačný pobyt

e) diagnostický pobyt

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy.....

Vyhlásenie

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľovi (triednemu učiteľovi) materskej školy. Ďalej sa zaväzujem(e), že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania vnútorného poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do školy.

Súčasne sa zaväzujem, že budem(e)**pravidelne mesačne uhrádzať** príspevky **za pobyt dieťaťa** v materskej škole (školné) v zmysle §28 ods. 5 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 platným VZN obce Hažlín a finančný príspevok **za stravovanie**(stravné) v zmysle § 140 ods. 9 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 platným VZN obce Hažlínv termíne **do 10. dňa v mesiaci vopred**.

Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle §11 písm. 7 školského zákona.

.....

.....

Dátum vyplnenia žiadosti

Podpisy rodičov

POTVRDENIE DETSKÉHO LEKÁRA

Meno dieťaťa..... dátum narodenia.....

Zdravotná poisťovňa.....

Bydlisko.....

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa 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 MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009:

Dieťa*: je spôsobilé navštevovať materskú školu

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Údaje o povinnom očkovaní (musí byť vyjadrenie, min. očkované/neočkované):

.....

Dátum:.....

Pečiatka a podpis lekára.....

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

*Nehodiace sa prečiarknuť