**ZŠ s MŠ I. československého armádneho zboru, Športovcov 342, 013 25 Stráňavy**

**Elokované pracovisko - Materská škola, Víťazstva 431, 013 25 Stráňavy**

**041/5966319, e-mail:** [**ms.stranavy@gmail.com**](mailto:ms.stranavy@gmail.com)**, web: msstranavy.sk**

**Žiadosť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

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

Dátum narodenia: .............................................. Miesto narodenia: ....................................................... Rod. číslo: ...........................................................

Trvalý pobyt: ......................................................................................... PSČ: ........................................... Národnosť: .................................................................... Štátna príslušnosť: ............................................

Názov zdravotnej poisťovne/číslo: ...........................................................................................................

Meno a priezvisko (matka): ......................................................................................................................

Trvalý pobyt: ........................................................................... tel.číslo: ..................................................

Adresa zamestnávateľa: ...........................................................................................................................

Meno a priezvisko(otec): ..........................................................................................................................

Trvalý pobyt: ........................................................................... tel.číslo: ..................................................

Adresa zamestnávateľa: ...........................................................................................................................

Žiadam(e) prijať dieťa do MŠ na: a) celodenný pobyt

b) poldenný pobyt

**Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy žiadam(e) od dňa:** ..................................

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV)**

Prehlasujem(e), že dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky školského poriadku, ktoré sú v súlade s psychohygienickými zásadami vývoja dieťaťa predškolského veku.

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť zástupkyni (triednej učiteľke) 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 školského poriadku** zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť po predchádzajúcom upozornení o ukončení dochádzky dieťaťa do materskej školy.

Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne a v určenom termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN obce č.17/2012 zo dňa 11.10.2012.

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

**Potvrdzujem(e) pravdivosť údajov** a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií alebo ďalších skutočností, ktoré nie sú v súlade s platnou legislatívou, môže byť rozhodnutie o prijatí dieťaťa do materskej školy zrušené.

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

Dátum vyplnenia žiadosti Podpis(y) zákonného(ých) zástupcu(ov)

**Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:**

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. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z. z.

Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Povinné očkovanie: ....................................................................................................................

Pečiatka a podpis lekára:

Dátum: .................................................

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

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

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

Dátum prijatia žiadosti Podpis zástupcu pre MŠ