Materská škola Kočín, Kočín-Lančár, Kočín 82, 922 04 Dolný Lopašov, tel. č. :033/77 87 130

**Žiadosť o prijatie dieťaťa**

**na predprimárne vzdelávanie s výchovným jazykom slovenským**

Meno a priezvisko dieťaťa ........................................................................................................... Dátum narodenia........................................ Miesto narodenia...................................................... Rodné číslo..................................................Zdravotná poisťovňa/číslo....................................... Bydlisko.......................................................................................................PSČ.......................... Štátna príslušnosť........................................Národnosť.................................................................

Meno a priezvisko otca................................................................................................................. Bydlisko..........................................................................................PSČ....................................... Telefónne číslo otca......................................................................................................................

E-mail............................................................................................................................................

Adresa zamestnávateľa ................................................................................................................

Meno a priezvisko matky.............................................................................................................. Bydlisko..........................................................................................PSČ....................................... Telefónne číslo matky...................................................................................................................

E-mail............................................................................................................................................

Adresa zamestnávateľa ................................................................................................................

Záväzný dátum nástupu do MŠ ....................................................................................................

Všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, vrátane zdravotného stavu dieťaťa, 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 mesačný príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov a príspevku na stravovanie v materskej škole (§28 ods.5,6 a §140 ods.9,10 zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V zmysle zákona 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dávam súhlas na spracovanie týchto osobných údajov od zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

Dátum a miesto ...................................... Podpisy rodičov ..................................................

 (oboch) ..................................................

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:**

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

Dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky školského poriadku materskej školy, ktoré sú v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa v predškolskom veku.

Dieťa je spôsobilé/nespôsobilé navštevovať MŠ.

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy......................................................... ....................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................

Očkovanie: ...................................................................................................................................

Dátum a miesto....................................... ..............................................................

 pečiatka a podpis pediatra