**Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy**

**Materská škola Horný Bar s VJM**

**Horný Bar 192**

**Tel: 0315597280 e-mail:** mshornybar@gmail.com

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa:  |  |
| Dátum narodenia:  |  | Rodné číslo:  |
| Miesto narodenia:  |  |
| Názov zdravotnej poisťovne:  |  | Číslo zdravotnej poisťovne:  |
|  | Bydlisko (adresa)  |
| Trvalý pobyt:  |  | Prechodný pobyt:  |

|  |
| --- |
| Prihlasujem svoje dieťa do Materskej školy (uviesť adresu):  |
| Požadovaný výchovný jazyk:  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Údaje o rodičoch, zákonných zástupcov dieťaťa:  |
|  | **Otec**  | **Matka**  |
| Meno a priezvisko:  |  | Meno a priezvisko:  |
| Číslo telefónu:  |  | Číslo telefónu:  |
| e-mail:  |  | e-mail:  |
| Zamestnanie:  |  | Zamestnanie:  |
| Zamestnávateľ:  |  | Zamestnávateľ:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dieťa:

|  |
| --- |
|     |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

(zaškrtnite) Navštevovalo MŠ  (uviesť ktorú a odkedy dokedy) Nenavštevovalo MŠ  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prihlasujem dieťa na výchovnú starostlivosť (zaškrtnite):

|  |
| --- |
|  |

 Celodennú (desiata, obed, olovrant)

|  |
| --- |
|  |

Poldennú (desiata, obed)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Adaptačný pobyt, s dĺžkou pobytu:  |  |

 Poldennú desiata) hodiny denne,  |
|  predpoklad ukončenia adaptačného pobytu:  |   |  |

Nástup dieťaťa do Materskej školy žiadam odo dňa (uviesť záväzne):

# Vyhlásenie zákonného zástupcu

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej osobne odovzdám osobne odovzdám službukonajúcemu zamestnancovi a po ukončení výchovnej starostlivosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia.
2. Zaväzujem sa, že pred prvým vstupom dieťaťa do materskej školy a po neprítomnosti v materskej škole **dlhšej ako 5 dní**, písomne oznámim riaditeľstvu materskej školy, že dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie, (v zmysle § 24 ods. 6 písm. b), c), ods. 7, 8 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov)
3. Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením v materskej škole v zmysle § 28 odst. 3 – 5 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
4. Súhlasím so spracúvaním osobných údajov dieťaťa uvedených v prihláške na účely materskej školy a jeho zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v rámci platných legislatívnych predpisov (zákon č. 596/2003 Z. z., výnos č. 23609/2008-II/1, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 29775/2007-II/1 o poskytovaní dotácií v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (oznámenie č. 597/2007 Z. z.).
5. **Čestne vyhlasujem, že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole**.

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

Podpis zákonného zástupcu

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

Podpis zákonného zástupcu

# Potvrdenie detského lekára o zdravotnom stave dieťaťa

|  |
| --- |
| (podľa § 24 ods. 7 podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejnéhozdraviaa o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a § 59 ods. 4 zákona č.245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v zneníneskorších predpisov) |

Meno a priezvisko dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potvrdzujem, že zdravotný stav dieťaťa je vyhovujúci - nevyhovujúci pre pobyt v detskom

kolektíve. (nehodiace sa šktrtnite)

Údaj o povinnom očkovaní: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Dátum pečiatka a podpis všeobecného lekára

 pre deti a dorast