**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