

Ž I A D O S Ť
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum a miesto narodenia

Rodné číslo dieťaťa Zdravotná poisťovňa

Adresa trvalého pobytu

Národnosť..... Štátne občianstvo

Ďalšie dôležité údaje o dieťati (zdravotné znevýhodnenie, iný stravovací režim a pod.):

.....

Meno a priezvisko otca

Adresa trvalého pobytu

Kontakt na účel komunikácie: tel. číslo: e-mail:

Adresa zamestnávateľa Pracovná doba :

Meno a priezvisko matky

Adresa trvalého pobytu

Kontakt na účel komunikácie: tel. číslo: e-mail:

Adresa zamestnávateľa Pracovná doba :

Žiadam prijať dieťa do Materskej školy Základnej školy s materskou školou Čakajovce na:

- a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant)
- b) poldenný pobyt (desiata)
- c) poldenný pobyt (desiata, obed)
- d) adaptačný pobyt
- e) diagnostický pobyt

Závazný dátum nástupu dieťaťa do Materskej školy ZŠ s MŠ Čakajovce

V zmysle zákona č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím s použitím a spracovaním osobných údajov pre potreby materskej školy, zdravotnej starostlivosti a poistenia dieťaťa. Vyhlasujem(e), že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.

Dátum

Podpis zákonných zástupcov dieťaťa

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie a Potvrdenie od lekára prevzal:

V Čakajovciach dňa

.....

Mgr. Jaroslav Jaroš
Riaditeľ ZŠ s MŠ Čakajovce

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 Vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Adresa trvalého pobytu:

Dátum narodenia: Číslo zdravotnej poisťovne:

Prekonané infekčné a iné ochorenia: Očkovanie:

Alergické ochorenia a prejavy:

Upozornenie pre pedagóga/ režim, liečba a pod./:

Iné záznamy:

* Dieťa : je spôsobilé navštevovať materskú školu

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Dátum:

.....
Podpis zákonného zástupcu dieťaťa

.....
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 preškrtnie