**MATERSKÁ ŠKOLA Pšurnovice 176,**

**01401 Bytča**

**Tel.: 0415533516, e-mail: macangovalubica @gmail.com, web: mspsurnovice.webnode.sk**

**Ž I A D O S Ť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

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

# Dátum a miesto narodenia: .................................................................................................

# Rodné číslo: ..............................Národnosť:.....................Štátna príslušnosť:.....................

# Bydlisko: ..............................................................................................................................

# Zdravotná poisťovňa: ................................Telefónne číslo domov: .....................................

# MATKA : Meno a priezvisko: .................................................................................................

# Telefonický kontakt:.............................................

# Zamestnanie: .........................................................................................................

# OTEC : Meno a priezvisko:...................................................................................................

# Telefonický kontakt: ..............................................

Zamestnanie: ...........................................................................................................

# Počet súrodencov v rodine: ..........................

# Požadovaný výchovný jazyk: ..............................................

# Dieťa navštevovalo - nenavštevovalo materskú školu / nehodiace sa prečiarkne /.

# Prihlasujem dieťa na pobyt v materskej škole:

# celodenný / desiata, obed, olovrant /

# poldenný / desiata, obed /

# c.) poldenný / desiata /

# Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam od:

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

Dátum podania žiadosti podpis rodičov / zákonného zástupcu /

*Vyplní materská škola*

*Dátum prijatia žiadosti:*

*Evidenčné číslo žiadosti:*

*Pečiatka školy: Podpis riaditeľky školy: –––––––––––––––––––––––––––*

## **Vyhlásenie zákonného zástupcu dieťaťa**

**1**. Súhlasím so spracovaním osobných údajov uvedených v žiadosti v rozsahu, ktorý vymedzuje

zákon č.18/2018 Z.z a špecifikuje zákon č. 596/2003 Z.z. v rozsahu určenom zákonom

č. 245/2008 Z.z.

**2**. V prípade prijatia dieťaťa do MŠ sa zaväzujem:

- oznámiť riaditeľstvu materskej školy výskyt infekčnej choroby u dieťaťa, v rodine alebo

v najbližšom okolí,

* riadiť sa školským poriadkom materskej školy,
* platiť v stanovenom termíne mesačný poplatok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením vo výške určenej zriaďovateľom VZN mesta Bytča č.4/2019 podľa § 6 ods.2, zákona č. 596/2003 Z.z o štátnej správe v školstve a školskej samospráve v znení neskorších predpisov a zákona č. 245/2008 Z.z o výchove a vzdelávaní ( školský zákon ) a o doplnení niektorých zákonov ako aj poplatok za stravu.

**3**. Prehlasujem, že všetky údaje sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade zistenia

nepravdivých údajov a informácií bude rozhodnutie riaditeľky MŠ o prijatí dieťaťa na

predprimárne vzdelávanie v MŠ zrušené.

Podpis matky: Podpis otca:

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––--

**Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa** 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. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole:

–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––--

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

Dieťa absolvovalo – neabsolvovalo všetky povinné očkovania.

Dieťa navštevuje/ nenavštevuje špecializované ambulancie ( ak áno, uviesť ktoré):

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

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

Alergie, iné závažné problémy / ak áno, uviesť ktoré / : .............................................................................

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

Potvrdzujem, že dieťa  spôsobilé / nespôsobilé navštevovať MŠ.

/ nehodiace sa prečiarkne/.

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

–––––––––––––––––––––––––––––

pečiatka a podpis detského lekára