



Materská škola, Agátová 637, Liptovský Mikuláš

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa:		Rodné číslo:
Dátum narodenia:	Miesto narodenia:	Národnosť:
Trvalé bydlisko alebo adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava:		Štátna príslušnosť:
Otec (titul, meno a priezvisko):	tel. číslo:	e-mail:
Trvalé bydlisko (ak je iné ako bydlisko dieťaťa):		
Matka (titul, meno a priezvisko):	tel. číslo:	e-mail:
Trvalé bydlisko (ak je iné ako bydlisko dieťaťa):		
*Dieťa navštevovalo / nenavštevovalo MŠ (uvedte ktorú a v akom období):		
*Žiadam prijať dieťa do MŠ na: a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant) b) poldenný pobyt (desiata, obed)	Záväzný nástup dieťaťa do MŠ žiadame od dňa :	
Špeciálne potreby, starostlivosť a obmedzenia dieťaťa (strava, alergia, zdravotné problémy a iné):		

Ak rodič prihlasuje dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

Vyhlásenie zákonného zástupcu:

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim túto skutočnosť triednej učiteľke. Zaväzujem sa, že oznámim každé ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

Beriem na vedomie, že na základe opakovaného porušenia Školského poriadku školy dieťaťom alebo zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ.

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov MŠ v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN Mesta Liptovský Mikuláš č.8/2022/VZN.

Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle §11 písm.7 Školského zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní.

 dátum vyplnenia žiadosti

 podpisy zákonných zástupcov

Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní podľa § 24 ods.7 zákona č.355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Dieťa: *je spôsobilé navštevovať MŠ

*nie je spôsobilé navštevovať MŠ

*je spôsobilé navštevovať MŠ s obmedzeniami (uviesť ktoré):

Dieťa: *je povinne očkované

*nie je očkované

 dátum

 pečiatka a podpis lekára pre deti a dorast

* nehodiace sa prečiarknite