

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA DO MATERSKEJ ŠKOLY

Materská škola Šelpice, Za Humnami 286, Šelpice 919 09

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Národnosť: Štátne občianstvo: Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu dieťaťa:

| Otec/ zákonný zástupca | Matka/ zákonný zástupca |
|--|--|
| Titul, meno a priezvisko: | Titul, meno a priezvisko: |
| Adresa trvalého pobytu: (ulica, číslo, smerovacie číslo, mesto) | Adresa trvalého pobytu: (ulica, číslo, smerovacie číslo, mesto) |
| Telefónny kontakt: | Telefónny kontakt: |
| Emailový kontakt: | Emailový kontakt: |
| Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu (vyplňte v prípade ak máte prechodný pobyt a dieťa tam býva s Vami): | |

| | | |
|-----------------------|-----|-----|
| Dieťa navštevuje MŠ:* | ÁNO | NIE |
|-----------------------|-----|-----|

* nehodiace sa prečiarknite

Uviesť záväzný **dátum nástupu** do materskej školy:

Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok za pobyt dieťaťa v materskej škole, určený na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle Zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. a poplatok za stravu.

.....
Dátum podania žiadosti.....
Podpis oboch zákonných zástupcov

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov.

žiadosť prijatá dňa:

POTVRDENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAĎA
príloha k žiadosti o prijatie dieťaťa do materskej školy

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Závazný **dátum nástupu** do materskej školy:

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.

| | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Dieťa je telesne a duševne zdravé | ÁNO | NIE |
|-----------------------------------|-----|-----|

| | | |
|---|-----|-----|
| Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve | ÁNO | NIE |
|---|-----|-----|

| | | |
|--------------------------------------|-----|-----|
| Absolvovalo všetky povinné očkovania | ÁNO | NIE |
|--------------------------------------|-----|-----|

Iné skutočnosti, ktoré pokladáte za dôležité uviesť:

Dátum vydania potvrdenia:

.....
pečiatka a podpis lekára

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov.

potvrdenie prijaté dňa: