Základná škola s materskou školou Brvnište 388, 018 12 Brvnište

# Žiadosť

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**Meno a priezvisko dieťaťa**:........................................................................Rodné číslo:....................................

Dátum narodenia:......................................... Miesto narodenia:.................................................................

Bydlisko:................................................................................................................... PSČ ...................................

Štátna príslušnosť:......................................................... Národnosť:..................................................

**Meno a priezvisko otca:** .....................................................................................................................................

Číslo telefónu - mobil: ............................................... Email: .............................................................................

Adresa trvalého pobytu :.......................................................................................................................................

**Meno a priezvisko matky**: ..................................................................................................................................

Číslo telefónu - mobil: ................................................ Email: .............................................................................

Adresa trvalého pobytu :.......................................................................................................................................

**Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy**: ..................................................................................

## \*Žiadam prijať dieťa do MŠ na: 1. celodenný pobyt, 2. poldenný pobyt

\*nehodiace sa preškrtnite

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV)**

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľovi (triednemu učiteľovi) materskej školy. Ďalej sa zaväzujem(e), že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o predčasnom ukončení dochádzky dieťaťa do školy.

Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy 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 Obce Brvnište.

Spracúvanie osobných údajov sa riadi nariadením GDPR a zákonom SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

Dátum vyplnenia žiadosti Podpis zákonného zástupcu (otec)

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

Podpis zákonného zástupcu (matka)

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

Dátum prijatia žiadosti Podpis riaditeľa školy

**Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

Vyjadrenie 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. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

## \*Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

**Údaje o očkovaní dieťaťa:**

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

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

Dátum:..............................Pečiatka a podpis lekára............................................................................

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