

Vyplní MŠ: Dátum prijatia prihlášky:

Evidenčné číslo prihlášky:

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie.

Meno, priezvisko a rodné priezvisko dieťaťa:

.....

Dátum a miesto narodenia:

Rodné číslo: Narodnosť: Štátne občianstvo:

Adresa trvalého pobytu alebo adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:.....

Materinský jazyk:

OTEC/zákonný zástupca -titul, meno, priezvisko a rodné priezvisko:

.....

Adresa bydliska a druh pobytu:

Telefónny kontakt: Email:

MATKA/zákonný zástupca - titul, meno, priezvisko a rodné priezvisko:

.....

Adresa bydliska a druh pobytu:

Telefónny kontakt: Email:

Dieťa už navštevovalo* – nenavštevovalo* MŠ

(názov materskej školy)

Prihlasujem(e) dieťa na pobyt: *a) celodenný (desiata, obed, olovrant)

b) poldenný (desiata, obed)

Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam(e) odo dňa:

Vyhlasenie zákonných zástupcov dieťaťa:

Prehlasujem na svoju česť, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov bude rozhodnutie o umiestnení dieťaťa v materskej škole zrušené.

Svojím podpisom v zmysle Zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím so správou, spracovaním a uchovaním osobných údajov uvedených v žiadosti pre potreby materskej školy a zriaďovateľa.

V Kocuranoch dňa.....

.....

Podpis(y)zákonného(ých) zástupcu(ov)

* Nehodiace sa prečiarknite

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

(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. 541/2021 Z. z. o materskej škole)

Meno dieťaťa: **Dátum narodenia:**

Fyzický vývin dieťaťa:

Je spôsobilé navštevovať materskú školu ÁNO NIE

Dieťa je telesne zdravé ÁNO NIE

Absolvovalo všetky povinné očkovania ÁNO NIE

(ošetrojúci lekár vyznačí krížikom)

Alergie, zdravotné znevýhodnenie alebo postihnutie (druh, stupeň postihnutia), iné závažné problémy (operácie):

.....
.....

Dátum: **Pečiatka a podpis lekára:**

Kontakt: