

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

A. Základné údaje dieťaťa:

Dátum prijatia žiadosti:.....

Meno:		Priezvisko:		Rodné priezvisko:	
Dátum narodenia:	2 0	Rodné číslo:		Zdravotná poisťovňa:	
Miesto narodenia:		Štátna príslušnosť:		Národnosť:	
Adresa trvalého pobytu dieťaťa:					
Ulica a číslo:		Štát:		PSČ: <input type="text"/>	
Obec/mesto:					
Adresa miesta, z ktorej dieťa dochádza do MŠ:					
Ulica a číslo:		Štát:		PSČ: <input type="text"/>	
Obec/mesto:					
Materinský jazyk:					

B. Základné údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 1

Meno:		Priezvisko:		Titul:	
Adresa trvalého pobytu					
Ulica a číslo:		Štát:		PSČ: <input type="text"/>	
Obec/mesto:					
Adresa prechodného pobytu					
Ulica a číslo:		Štát:		PSČ: <input type="text"/>	
Obec/mesto:					
Kontakt na účely komunikácie					
Telefón:		Email:			
Vzťah voči dieťaťu (označte): Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> iné ¹ <input type="checkbox"/> Uvedte aký:					

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 2

Meno:		Priezvisko:		Titul:	
Adresa trvalého pobytu					
Ulica a číslo:		Štát:		PSČ: <input type="text"/>	
Obec/mesto:					
Adresa prechodného pobytu					
Ulica a číslo:		Štát:		PSČ: <input type="text"/>	
Obec/mesto:					
Kontakt na účely komunikácie					
Telefón:		Email:			
Vzťah voči dieťaťu (označte): Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> iné ¹ <input type="checkbox"/> Uvedte aký:					

C. Doplňujúce údaje

Závazný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

Dochádzka dieťaťa do materskej školy*: celodenná – poldenná

Forma povinného predprimárneho vzdelávania **:

denná (v materskej škole) – individuálna (domáce vzdelávanie) – iná forma vzdelávania

Dieťa navštevovalo – nenavštevovalo inú MŠ* (uvedte názov MŠ):

Súrodenci dieťaťa (uvedte meno a priezvisko, rok narodenia):

Poznámky, doplňujúce informácie o dieťati:

Do poznámky môžete uviesť doplňujúce informácie týkajúce sa Vášho dieťaťa (napr. zdravotné obmedzenia, návyky dieťaťa, iný stravovací režim, starostlivosť v zariadení výchovného poradenstva a prevencie, resp. iné informácie a požiadavky)

* nehodiace sa škrtnite

** nehodiace sa škrtnie len zákonný zástupca dieťaťa, pre ktoré je predprimárneho vzdelávania povinné

Ďalšie informácie k prijatiu dieťaťa do materskej školy:

1. Žiadame zákonných zástupcov, aby **Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie** s priloženým **lekárskym potvrdením o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa** osobne odovzdali zástupkyňi materskej školy, alebo zaslali poštou na adresu materskej školy, resp. scan žiadosti zaslali mailom na kancelaria@katgymbs.sk. Žiadosť musí byť podpísaná oboma zákonnými zástupcami.
2. Rozhodnutie o prijatí dieťaťa na predprimárne vzdelávanie bude doručené obom zákonným zástupcom.
3. Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží k žiadosti vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a aj vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast.
4. Zákonný zástupca je povinný bezodkladne oznámiť zástupkyňi MŠ, ak nastane zmena v záväznom nástupe dieťaťa do MŠ, prípadne iné závažné informácie ovplyvňujúce nástup dieťaťa do MŠ alebo jeho výchovu a vzdelávanie.

Vyhlásenie zákonných zástupcov:

1. Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, vrátane zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie môjho dieťaťa do materskej školy.
2. Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle §11 ods. 7 školského zákona.
3. Podpisom Žiadosti o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie **súhlasím s výchovou a vzdelávaním v duchu katolíckej viery a morálky.**

V dňa:

.....
podpis zákonného zástupcu 1

V dňa:

.....
podpis zákonného zástupcu 2

POTVRDENIE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DETI A DORAST

O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA

(Potvrdenie je neoddeliteľnou súčasťou Žiadosti o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie)

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa podľa Zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:

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

Meno a priezvisko lekára:

Telefonický kontakt:

Dátum: Pečiatka a podpis lekára: