

.....
Pečiatka materskej školy

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

Meno a priezvisko dieťaťa: Rodné priezvisko dieťaťa ¹ :	Dátum narodenia:
	Miesto narodenia:
	Rodné číslo:
	Štátna príslušnosť:
	Národnosť:
	Materinský jazyk:
Adresa trvalého pobytu:	
Číslo telefónu pri náhlom ochorení:	

Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa/rodičoch	
Adresát korešpondencie: <input type="checkbox"/> otec <input type="checkbox"/> matka	
Otec	
Meno, priezvisko, titul:	
Adresa trvalého pobytu: <input type="checkbox"/> rovnaká s trvalým pobytom dieťaťa	
Kontaktné údaje	
Číslo telefónu:	E-mail:
Matka	
Meno, priezvisko, titul:	
Adresa trvalého pobytu: <input type="checkbox"/> rovnaká s trvalým pobytom dieťaťa	
Kontaktné údaje	
Číslo telefónu:	E-mail:

¹ Uvedte v tvare totožnom s rodným listom dieťaťa.

Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam od dňa (uvedte záväzne):

Žiadam prijať dieťa do materskej školy²: na celodennú výchovu a vzdelávanie
 na poldennú výchovu a vzdelávanie
 na adaptačný pobyt
 na diagnostický pobyt

Preferujem prijatie do: MŠ MPČĽ 35, Brezno
 MŠ 9. mája 55, Brezno

Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa Zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v rozsahu určenom zákonom č. 245/2008 Z. z. § 11 ods. 7.

V dňa

Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa:

Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Potvrdenie lekára (vrátane údajov o očkovaní) podľa §24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dieťa je **spôsobilé/nespôsobilé**³ navštevovať materskú školu:

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy:

Potravinová alergia alebo iné stravovacie obmedzenia:

Povinné očkovanie:

Dátum: Pečiatka a podpis lekára:

Ak nám chcete nechať odkaz nad rámec doteraz zadaných údajov.

Poznámka :

² Svoju voľbu označte krížikom

³ Nehodiace sa prečiarknite