**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

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

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

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

Národnosť: .......................... Štátna príslušnosť: .................................Zdrav.poisťovňa: ....................

Žiadam o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do materskej školy:

**Základná škola s materskou školou, Lipové námestie 296/28, Modrý Kameň**

na poldennú výchovu a vzdelávanie / celodennú výchovu a vzdelávanie

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

Výchovu a vzdelávanie v materskej škole žiadam poskytovať v jazyku: ...........................................

Plánujem požiadať o individuálne predprimárne vzdelávanie svojho dieťaťa: áno / nie

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

Adresa trvalého pobytu: .................................................. tel. číslo: .................................................

Elektronická schránka:........................................................ e-mail: ...................................................

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

Adresa trvalého pobytu: .................................................. tel. číslo: .................................................

Elektronická schránka: ....................................................... e-mail: ...................................................

**Meno a priezvisko zástupcu zariadenia:** ..........................................................................................

Adresa trvalého pobytu: .................................................. tel. číslo: .................................................

Elektronická schránka: ....................................................... e-mail: ...................................................

Uveďte adresu pre doručenie rozhodnutia, pokiaľ nie je totožná s trvalým pobytom zákonného zástupcu: ............................................................................................................................................

**Vyhlásenie zákonných zástupcov dieťaťa:**

Vyhlasujem, že údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií môže byť žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy zamietnutá.

Súhlasím so spracovaním osobných údajov pre potreby materskej školy, zdravotnej starostlivosti a poistenia dieťaťa v súlade s § 11 ods. 7 školského zákona.

**Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa:** ...................................................................................

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

V ........................................................ dňa .........................................................

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti** podľa § 24 ods. 7 zákona NR č. 355/2007 Z.z. o ochrane a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní ( školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Meno a priezvisko dieťaťa: .................................................................................................................

**Vyjadrenie lekára:**

Dieťa je **spôsobilé / nie je spôsobilé** navštevovať materskú školu.

Dieťa **absolvovalo / neabsolvovalo** povinné očkovanie.

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy:

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

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

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

V ......................................... dňa ...........................................

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

 Pečiatka a podpis lekára