**ŽIADOSŤ**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do materskej školy s výchovným jazykom slovenským**

**Materská škola** ................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| *Údaje o dieťati* | |
| Meno a priezvisko dieťaťa: | |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Miesto narodenia: | Zdravotná poisťovňa: |
| Národnosť: | Štátna príslušnosť: |
| \*Primárny materinský jazyk:  Iný materinský jazyk : |  |
| Adresa trvalého pobytu dieťaťa : | |
| Adresa pobytu, kde sa dieťa zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu : | |

**\****Primárny materinský jazyk je jazyk, ktorý si dieťa najlepšie osvojilo v ranom detstve a najčastejšie ním komunikuje v prostredí, v ktorom žije. Primárny materinský jazyk nemusí byť nevyhnutne jazykom matky dieťaťa.*

*Iný materinský jazyk je jazyk, ktorý dieťa používa v prostredí, v ktorom žije, popri materinskom jazyku. Iný materinský jazyk je aplikovateľný hlavne pre dieťa, ktorého rodičia majú rôzne materinské jazyky*

|  |  |
| --- | --- |
| Údaje o rodičoch, zákonných zástupcoch dieťaťa | |
| **Otec** | **Matka** |
| Meno a priezvisko: | Meno a priezvisko: |
| Adresa trvalého pobytu: | Adresa trvalého pobytu: |
| Adresa pobytu, kde sa zákonný zástupca zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu: | Adresa pobytu, kde sa zákonný zástupca zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu: |
| Kontakt na účely komunikácie:  Tel.:  e-mail: | Kontakt na účely komunikácie:  Tel.:  e-mail: |
| Dieťa navštevovalo MŠ: ( uviesť ktorú a odkedy) | |
| Žiadam o prijatie môjho dieťaťa na: ( zakrúžkujte )   1. celodennú výchovu a vzdelávanie (desiata, obed, olovrant ) 2. poldennú výchovu a vzdelávanie (desiata, obed ) | |
|
| Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam odo dňa: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vyhlásenie zákonných zástupcov dieťaťa   1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám službukonajúcemu pedagogickému zamestnancovi a po ukončení výchovno- vzdelávacej činnosti ho preberie zákonný zástupca, alebo iná poverená osoba na základe písomného plnomocenstva zákonného zástupcu 2. Vyhlasujem, že neprítomnosť dieťaťa v materskej škole bezodkladne oznámim riaditeľstvu materskej školy. Po návrate dieťaťa po chorobe trvajúcej viac ako päť po sebe nasledujúcich dní predložím vyhlásenie o bezpríznakovosti. 3. Vyhlasujem, že z dôvodu ochorenia môjho dieťaťa plniaceho povinné predprimárne vzdelávanie pri absencii trvajúcej viac ako 7 dní predložím potvrdenie od lekára. V prípade neospravedlnenej neprítomnosti môjho dieťaťa na povinnom predprimárnom vzdelávaní v materskej škole v rozsahu viac ako 5 dní v mesiaci bude neprítomnosť chápaná ako nedbanie o riadne plnenie povinného predprimárneho vzdelávania. 4. Vyhlasujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok zákonných zástupcov detí a žiakov na čiastočnú úhradu nákladov škôl a školských zariadení v stanovej výške v súlade s platným VZN. 5. Zároveň vyhlasujem, že sa oboznámim so školským poriadkom MŠ a budem školský poriadok materskej školy dodržiavať.  |  | | --- | | Svojim podpisom potvrdzujem správnosť a pravdivosť údajov uvedených v tejto žiadosti. Osobné údaje uvedené v tejto žiadosti sa získavajú a spracúvajú podľa § 11 ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na účely výchovy a vzdelávania a aktivít v materskej škole.  V Zlatých Moravciach dňa: | |  |   ......................................................... .......................................................  podpis otca podpis matky |

Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:

podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné zdravotné problémy: ........................................

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

Údaje o povinnom očkovaní:............................................................................

Údaje, ktoré majú vplyv na výchovno-vzdelávaciu činnosť dieťaťa a má o nich MŠ vedieť: .......................................................................................................................................................

Dátum: ............................... Pečiatka a podpis pediatra

Vyplní MŠ

Žiadosť prijatá dňa: .......................... Podpis riaditeľky MŠ: .......................................