**MATERSKÁ ŠKOLA, ŠPORTOVÁ 203/10, 058 01 GÁNOVCE**

**Žiadosť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

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

Dátum narodenia: ...................... Miesto narodenia: ................. Zdravotná poisťovňa:...........................

Národnosť: ........................... Štátna príslušnosť: ...................... Rodné číslo: .........................................

Bydlisko:...............................................................................PSČ:.............................................................

Materinský jazyk: ......................................................................................................................................

Meno a priezvisko, titul, otec: ...................................................................................................................

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

Tel. číslo: ...................................................................................................................................................

Máte aktívnu elektronickú schránku pre doručovanie (slovensko.sk)? ....................................................

Meno a priezvisko, titul, matka: ................................................................................................................

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

Tel. číslo: ...................................................................................................................................................

Máte aktívnu elektronickú schránku pre doručovanie (slovensko.sk)? ....................................................

\*Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ/uveďte ktorú a odkedy/...........................................................

\*Prihlasujem dieťa na: a/ celodennú výchovu a vzdelávanie, v slovenskom jazyku /desiata, obed,

 olovrant/

 b/ poldennú výchovu a vzdelávanie v slovenskom jazyku /desiata, obed/

Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam/e/ odo dňa:...............................................................

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO/ÝCH/ ZÁSTUPCU/OV/:**

a/ Súčasne sa zaväzujem/e/,že budem/e/ pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle §28 ods.3 zákona NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a príspevok za stravovanie podľa§ 140 ods.9a10 zákona č.245/2008 Z.z. a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN obce Gánovce č. 4/2008.

b/ V zmysle zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dávam /e/ súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy.

c/ Vzhľadom na to, že moje dieťa je dieťaťom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, k žiadosti prikladám aj vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast, v prípade zmyslového alebo telesného zdravotného postihnutia aj vyjadrenie príslušného odborného lekára.

 matka: otec:

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

dátum vyplnenia žiadosti podpisy zákonných zástupcov

**LEKÁRSKE POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA**

**Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťaťa** podľa § 24ods.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.

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

\*Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu

 nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Dátum: ................................................. Pečiatka a podpis lekára: ..............................................

\*/ nehodiace sa prečiarknite