Materská škola Jána Šimka 7, Martin

**v zastúpení riaditeľkou Miroslavou Kesegovou**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ž i a d o s ť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

s vyučovacím jazykom slovenským s termínom prijatia dieťaťa

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

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa: | |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Miesto narodenia: | |
| Národnosť: | Štátne občianstvo: |
| Názov zdravotnej poisťovne: | Číslo zdravotnej poisťovne |
| Bydlisko (adresa) | |
| Adresa trvalého pobytu: | Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu : |

|  |  |
| --- | --- |
| Údaje o rodičoch, zákonných zástupcoch dieťaťa: | |
| Otec | Matka |
| Meno a priezvisko: | Meno a priezvisko: |
| Číslo telefónu: | Číslo telefónu: |
| E- mail: | E- mail: |
| Zamestnanie: | Zamestnanie: |
| Zamestnávateľ: | Zamestnávateľ: |

*Zisťované údaje sú v súlade so Zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, zákonom č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.*

|  |
| --- |
| *Vyhlásenie zákonného zástupcu 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 (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia.* 2. *Zaväzujem sa, že pred prvým vstupom dieťaťa do materskej školy a po neprítomnosti v materskej škole dlhšej ako 5 dní písomne oznámim riaditeľstvu materskej školy, že dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie (v zmysle § 24 ods. 6 písm. b), c), ods. 7, 8 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov)* 3. *Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením v materskej škole v zmysle § 28 ods. 7,8 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a tiež príspevok na čiastočnú úhradu nákladov za stravovanie v súlade s  VZN č. 97 o určení miesta a času zápisu na plnenie povinnej školskej dochádzky a o výške príspevku na čiastočnú úhradu nákladov škôl a školských zariadení (ďalej len nariadenie) v stanovej výške. .* 4. *Zároveň vyhlasujem, že sa oboznámim a budem dodržiavať Školský poriadok materskej školy. Beriem na*   *vedomie, že na základe opakovaného porušovania Školského poriadku školy dieťaťom, či zákonnými*  *dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky môjho dieťaťa do materskej školy.*   1. *Beriem na vedomie, že osobné údaje dieťaťa uvedené v žiadosti budú spracované na účely materskej školy a jej zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v rámci platných legislatívnych predpisov (zákon č.596/2003 Z.z., výnos č. 23609/2008-II/1, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 29775/2007-II/1 o poskytovaní dotácii v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych veci a rodiny Slovenskej republiky (oznámenie č. 597/2007 Z.z.)).*   ***6. Čestne vyhlasujem. že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.***  *---------------------------*  *V Martine , dňa............................... Podpis zákonného zástupcu* |

*Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:*

*Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠSR č. 308/2009 Z.z..*

*Dieťa je spôsobilé / nespôsobilé navštevovať materskú školu.*

*Psychický vývin: ............................................ Fyzický vývin: ....................................................................................*

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

*.....................................................................................................................................................................................*

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

*.....................................................................................................................................................................................*

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Vypĺňa MŠ*

*Prihlášku prijala: ............................................................ dňa: ........................................*