

Ž I A D O S Ť
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie
do Materskej školy Ostrov, Ostrov 131, 922 01 Ostrov

ÚDAJE O DIEŤATI	
Meno a priezvisko dieťaťa:	
Dátum a miesto narodenia:	
Rodné číslo:	
Adresa trvalého bydliska:	
Národnosť:	
Štátne občianstvo:	
ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI – MATKA	
Titul, meno a priezvisko matky:	
Adresa trvalého bydliska, PSČ:	
Prechodné bydlisko, PSČ:	
Tel. kontakt:	email:
ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI – OTEC	
Titul, meno a priezvisko otca:	
Adresa trvalého bydliska, PSČ:	
Prechodné bydlisko, PSČ:	
Tel. kontakt:	email:

PREHLÁSENIE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV DIEŤAŤA

1. Prehlasujem/e a svojim podpisom potvrdzujem/e, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a materskú školu som/sme ničím neuviedli do omylu.
2. V prípade nepravdivých údajov má materská škola právo vylúčiť dieťa z MŠ Ostrov.

.....
dátum

.....
meno, priezvisko matky a podpis zákonného zástupcu

.....
meno, priezvisko otca a podpis zákonného zástupcu

Podpísaní rodičia (zákonní zástupcovia) žiadame o prijatie nášho dieťaťa do MŠ Ostrov.

Uviest' záväzný dátum nástupu do materskej školy:

Prihlasujem/e dieťa na výchovnú starostlivosť (nehodiace prečiarknite):

Celodennú (desiata, obed, olovrant)

Poldennú (desiata, obed)

Zároveň sa zaväzujem/e, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok za pobyt dieťaťa v materskej škole určený na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. a poplatok za stravu.

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

a údaje o povinnom 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.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

*nehodiace prečiarknite

- **Dieťa absolvovalo – neabsolvovalo povinné očkovania.** ÁNO- NIE*
- Dieťa je zdravé, nevyžaduje dlhodobú zdravotnícku starostlivosť. ÁNO- NIE*
- **Dieťa je zdravotne znevýhodnené:**
 - má zdravotné postihnutie - mentálne, sluchové, zrakové a telesné postihnutie, narušenú komunikačnú schopnosť, ÁNO- NIE*
 - má diagnostikovaný autizmus ÁNO- NIE*
 - je choré alebo zdravotne oslabené ÁNO- NIE*
 - má vývinové poruchy ÁNO- NIE*
 - má poruchy správania ÁNO- NIE*
 - vyžaduje dlhodobú/dočasnú zdravotnícku starostlivosť ÁNO- NIE*
- **Dieťa má špeciálne výchovno- vzdelávacie potreby (ŠVVP)** ÁNO- NIE*
 - Odporúčam prijatie dieťaťa so ŠVVP do „bežnej“ materskej školy ÁNO- NIE*
 - Odporúčam prijatie dieťaťa so ŠVVP do špeciálnej triede „bežnej“ materskej školy ÁNO- NIE*
 - Odporúčam prijatie dieťaťa so ŠVVP do materskej školy pre deti so ŠVVP ÁNO- NIE*
- Dieťa trpí poruchami výživy a má požiadavky na výluku problematických potravín zo stravy, alebo donášku vlastnej stravy. ÁNO- NIE*
- Dieťa má iné zdravotné problémy alebo chorobu, ktorej prejavy by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v materskej škole a ohrozovať či obmedzovať výchovu a vzdelávanie dieťaťa, ale aj ostatných detí. ÁNO- NIE*

-
- Dieťa má alergiu. ÁNO- NIE*
-

.....
Dátum vydania potvrdenia

.....
Pečiatka a podpis všeobecného lekára pre deti a dorast

Dátum prevzatia žiadosti:..... Podpis preberajúceho pedag. zamestnanca: Poradové číslo: