**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**Materská škola Trenčianske Bohuslavice, Trenčianske Bohuslavice č. 255, 913 07**

Meno dieťaťa ..............................................................................................................................

Dátum a miesto narodenia ...................................................... rodné číslo ...............................

Adresa trvalého bydliska .............................................................................................................

Adresa prechodného bydliska .....................................................................................................

Zdravotná poisťovňa ...................................................................................................................

**Zákonní zástupcovia dieťaťa:**

Meno a priezvisko matky ............................................................................................................

Adresa trvalého bydliska .............................................................................................................

č. telefónu ..................................... e-mail: .................................................................................

Adresa prechodného bydliska .....................................................................................................

Zamestnávateľ .............................................................................. č. telefónu ............................

Meno a priezvisko otca ...............................................................................................................

Adresa trvalého bydliska .............................................................................................................

č. telefónu ..................................... e-mail: .................................................................................

Adresa prechodného bydliska .....................................................................................................

Zamestnávateľ ............................................................................. č. telefónu .............................

Ak je zákonný zástupca nezamestnaný, na MD alebo ZŤP uvedie to v rubrike zamestnávateľ.

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

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v súlade s platným VZN obce.

Vyhlasujem, že všetky údaje som uviedol/-a pravdivo a som si vedomý/-á, že nepravdivé alebo neúplné údaje môžu byť použité v môj neprospech pri rozhodovaní o prijatí dieťaťa do materskej školy.

Zároveň súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov v zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

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

Podpisy zákonných zástupcov ................................................. ...............................................

 matka otec

**Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave 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 a v zmysle § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

Dieťa – meno a priezvisko ……………………………………………………………………....................................

Dátum a miesto narodenia ………………………………………………………………………................................

a) je spôsobilé navštevovať MŠ b) nie je spôsobilé navštevovať MŠ

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

Údaje o alergiách dieťaťa ............................................................................................................

Údaje o iných ochoreniach dieťaťa – problémy so srdcom, epilepsia, astma a pod.

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

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