

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 pre potreby materskej školy v zmysle § 11 ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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 a § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z.z.

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