

**ŽIADOSŤ**  
**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Dátum a čas prevzatia žiadosti:

**Meno a priezvisko dieťaťa:** .....

Dátum narodenia: ..... miesto narodenia: .....

Rodné číslo: ..... národnosť ..... štátna príslušnosť: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

**Otec – meno a priezvisko, titul:** .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

Kontakt na účely komunikácie: tel. č.: ..... e-mail: .....

Elektronická schránka: aktívna na doručovanie: \* áno / nie

**Matka – meno a priezvisko, titul:** .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

Kontakt na účely komunikácie: tel. č.: ..... e-mail: .....

Elektronická schránka: aktívna na doručovanie: \* áno / nie

**Materská škola, do ktorej žiadam umiestniť dieťa**

Názov a adresa: .....

Dieťa, pre ktoré je plnenie predprimárneho vzdelávania povinné, bude prijímané podľa trvalého bydliska do spádovej materskej školy podľa VZN.

Pobyt dieťaťa v MŠ: .....

Vyučovací jazyk: .....

Materinský jazyk: .....

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

Dátum: ..... podpis matky .....

..... podpis otca .....

*\* označiť vyhovujúcu odpoveď, v prípade odpovede áno - uviesť aj číslo elektronickej schránky*

## VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU DIEŤAŤA

### V prípade prijatia dieťaťa do materskej školy:

1. sa zaväzujem, že budem pravidelne, mesačne uhrádzať príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) v znení zmien a doplnení niektorých zákonov v súlade so VZN mesta Rožňava o určení čiastočných úhrad v školách a školských zariadeniach,
2. sa budem riadiť školským poriadkom materskej školy,
3. v prípade ochorenia môjho dieťaťa, výskytu prenosnej, infekčnej choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne nahlásim túto skutočnosť triednej učiteľke alebo riaditeľke MŠ.
4. Dieťa \* je / nie je zdravotne znevýhodnené, t. j. so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. V takomto prípade priložiť vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.
5. Súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa a zákonných zástupcov v žiadosti o prijatie na predprimárne vzdelávanie v zmysle Školského zákona.

**Vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, resp. pobyt a dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.**

Dátum: ..... podpis matky .....  
..... podpis otca .....

### POTVRDENIE

#### všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa: ..... dátum narodenia: .....  
Bydlisko: .....

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťa podľa § 24 ods. 6 a ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

|   |   |
|---|---|
| <b>Vyjadrenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:</b><br>Dieťa * je/nie je zdravotne spôsobilé na pobyt v MŠ | <b>Údaj o povinnom očkovaní:</b><br>Dieťa * má/nemá povinné očkovania |
|---|---|

Iné poznámky:

V ..... dňa .....

Pečiatka a podpis lekára

*\*označiť vyhovujúcu odpoveď*