

Ž I A D O S Ť
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:

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:

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 Nariadenia o spádových materských školách v zriaďovateľskej pôsobnosti mesta Rožňava.

Pobyt dieťaťa v MŠ:

(celodenný, poldenný)

Vyučovací jazyk:

(slovenský, maďarský)

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

Dátum:

podpis matky

podpis otca

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

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 a v súlade so VZN mesta Rožňava o určení čiastočných úhrad v školách a školských zariadeniach Ev. č. 2/2013-z06 s účinnosťou od 01.09.2020.
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 (ŠVVP). V prípade ŠVVP 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.

Dátum:

podpis matky

podpis otca

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.

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

Iné poznámky:

V....., dňa.....

Pečiatka a podpis lekára

* označiť vyhovujúcu odpoveď