

Materská škola Selce, Selčianska cesta 114, 976 11 Selce

**ŽIADOSŤ
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Dátum prijatia žiadosti:.....

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto narodenia:

Národnosť: Štátna príslušnosť:

Adresa trvalého pobytu dieťaťa:

obec: ulica: č.

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

obec: ulica: č.

Kontakty na účely komunikácie:

Meno a priezvisko matky:

Trvalé bydlisko:

Tel.: e-mail:

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

obec: ulica: č.

Meno a priezvisko otca:

Trvalé bydlisko:

Tel.: e-mail:

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

obec: ulica: č.

Materská škola, do ktorej žiadam umiestniť dieťa

Názov (adresa): MŠ Selce, Selčianska cesta 114, 976 11 Selce

Pobyt dieťaťa v MŠ: (celodenný, poldenný).....

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

Materská škola Selce, Selčianska cesta 114, 976 11 Selce, nakladá s osobnými údajmi zákonných zástupcov, údajmi dieťaťa, všetkými ich právami vyplývajúcimi z nariadenia EP a Rady EÚ č. 2016/679 o ochrane osôb pri spracovaní osobných údajov podľa zákona SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyhlasenie

Zaväzujem sa, že budem pravidelne mesačne uhrádzať príspevky za pobyt dieťaťa v materskej škole v zmysle § 28 ods. 5 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným VZN č.4/2022 obce Selce a finančný príspevok za stravovanie v zmysle § 140 ods. 9 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným VZN č.4/2022 obce Selce.

.....
Dátum

.....
Podpis rodičov – matky, otca

POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA
od všeobecného lekára pre deti a dorast

Meno dieťaťa..... dátum narodenia.....
Bydlisko.....

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťa podľa § 24 ods. 6 a ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a vyhlášky MŠ SR č. 541/2019 Z. z.

Vyjadrenie:

Údaj o povinnom očkovaní:

.....
Dátum:

.....
Pečiatka a podpis