

Materská škola Dolné Obdokovce 184, 951 02

Ž i a d o s ť
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum a miesto narodenia

Rodné číslo dieťaťa:..... Zdravotná poisťovňa:.....

Bydlisko

Národnosť..... Štátne občianstvo

Meno a priezvisko otca

Adresa zamestnávateľa

Číslo telefónu Pracovná doba :

Meno a priezvisko matky

Adresa zamestnávateľa

Číslo telefónu Pracovná doba :

Žiadam prijať dieťa do Materskej školy Dolné Obdokovce 184 na :

- a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant)
- b) poldenný pobyt (desiata)
- c) poldenný pobyt (desiata, obed)
- d) adaptačný pobyt
- e) diagnostický pobyt

Závazný dátum nástupu dieťaťa do Materskej školy

V zmysle zákona NR SR č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím s použitím a spracovaním osobných údajov pre potreby materskej školy, zdravotnej starostlivosti a poistenia dieťaťa.

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v súlade so zákonom NR SR č.245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so Všeobecne záväzným nariadením č.2/2019 Obce Dolné Obdokovce o výške mesačného príspevku na čiastočnú úhradu výdavkov škôl a školských zariadení na území obce Dolné Obdokovce .

Dátum
Podpis zákonných zástupcov dieťaťa

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie a Potvrdenie od lekára prevzal:

V Dolných Obdokovciach dňa

.....
Bc. Blanka Bencová
riaditeľka Materskej školy

Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa
podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR 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 súlade s vyhláškou MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Bydlisko:

Dátum narodenia: Číslo zdravotnej poisťovne

Prekonané infekčné a iné ochorenia: Očkovanie:

Alergické ochorenia a prejavy:

Upozornenie pre pedagóga/ režim, liečba a pod./:

Iné záznamy:

* Dieťa je spôsobilé navštevovať materskú školu

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Dátum:

.....
Podpis zákonného zástupcu dieťaťa

.....
Pečiatka a podpis lekára

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

* Nehodiace sa preškrtnie