



Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa..... dátum narodenia.....

Rodné číslo..... miesto narodenia

Adresa trvalého pobytu alebo adresa miesta, kde sa dieťa zdržiava

Štátna príslušnosť: národnosť:

Ďalšie dôležité údaje o dieťati (zdravotné znevýhodnenie, iný stravovací režim a pod.)

Materská škola (adresa).....

Závazný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy.....

Na celodennú/poldennú výchovu a vzdelávanie do 12,00 (uviesť)

Meno a priezvisko otca

Adresa trvalého pobytu

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

.....Kontakt na účely komunikácie: mob.....
e-mail.....

Meno a priezvisko matky

Adresa trvalého pobytu

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

..... Kontakt na účely komunikácie: mob.....
e-mail.....

Vyhlásenie zákonného zástupcu

☐ Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN Mesta Ružomberok č. 4/2019.

☐ V zmysle zákona č.18/2018 a č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov súhlasím s použitím a spracovaním osobných údajov.

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

Dátum: Podpis obidvoch rodičov/zákonných zástupcov

Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní 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.

Meno dieťaťa: dátum narodenia:

*Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Poznámka lekára:

*) Nehodiace prečiarknite

dátum, pečiatka a podpis lekára

Žiadosť podaná dňa: ev. č. zapísala: