Materská škola Jozefa Lettricha 19, Ul. J. Lettricha 1, 036 01 Martin

**v zastúpení riaditeľkou Janou Mackovou**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ž i a d o s ť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

s vyučovacím jazykom slovenským, s termínom prijatia dieťaťa

.........................

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa: | |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Miesto narodenia: | |
| Národnosť: | Štátne občianstvo: |
| Názov zdravotnej poisťovne: | Číslo zdravotnej poisťovne: |
| Bydlisko (adresa) | |
| Trvalý pobyt: | Prechodný pobyt: |

|  |  |
| --- | --- |
| Údaje o rodičoch, zákonných zástupcoch dieťaťa: | |
| Otec | Matka |
| Meno a priezvisko: | Meno a priezvisko: |
| Číslo telefónu: | Číslo telefónu: |
| E- mail: | E- mail: |
| Zamestnanie: | Zamestnanie: |
| Zamestnávateľ: | Zamestnávateľ: |

|  |
| --- |
| *Vyhlásenie zákonného zástupcu*   1. *Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám vyučujúcemu pedagogickému zamestnancovi a po ukončení výchovno-vzdelávacej činnosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia.* 2. *Zaväzujem sa, že pred prvým vstupom dieťaťa do materskej školy a po neprítomnosti v materskej škole dlhšej ako 5 dní písomne oznámim riaditeľke materskej školy, že dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie (v zmysle § 24 ods. 6 písm. b), c), ods. 7, 8 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov).* 3. *Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením v materskej škole v zmysle § 28 ods. 3 - 5 zákona NR SR 6.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (Školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a tiež príspevok na čiastočnú úhradu nákladov za stravovanie v súlade s Dodatkom č.1 k VZN č. 97 §18 mesta Martin s platnosťou od 1.marca 2013 v stanovenej výške.* 4. *Zároveň vyhlasujem, že sa oboznámim a budem dodržiavať Školský poriadok materskej školy. Beriem na*   *vedomie, že na základe opakovaného porušovania Školského poriadku školy dieťaťom, či zákonným*  *zástupcom dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky môjho dieťaťa do materskej*  *školy.*   1. *Súhlasím so spracovávaním osobných údajov dieťaťa uvedených v žiadosti na účely materskej školy a jej zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v rámci platných legislatívnych predpisov (zákon č. 596/2003 Z.z., výnos č. 23609/2008-II/1, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 29775/2007-II/1 o poskytovaní dotácii v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych veci a rodiny Slovenskej republiky (oznámenie č. 597/2007 Z.z.)).* 2. *Súhlasím s fotením môjho dieťaťa a umiestňovaním fotografií na web stránke materskej školy. V opačnom prípade odovzdám riaditeľke materskej školy* ***písomný nesúhlas******s fotením môjho dieťaťa****.*   ***Čestne vyhlasujem. že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.***    *---------------------------*  *Podpis zákonného zástupcu* |

*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 a § 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.*

*Dieťa je spôsobilé / nespôsobilé navštevovať materskú školu.*

*Psychický vývin: ............................................ Fyzický vývin: ....................................................................................*

*Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy: .......................................................................................*

*.....................................................................................................................................................................................*

*.....................................................................................................................................................................................*

*Údaje o povinnom očkovaní: ......................................................................................................................................*

*.....................................................................................................................................................................................*

*Dátum: .................................... Pečiatka a podpis lekára........................................................*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Vypĺňa MŠ:*

*Prihlášku prijala: ............................................................ dňa: ........................................*