**Materská škola, 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 so záväzným termínom nástupu od ....................**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa: | |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Miesto narodenia: | |
| Národnosť: | Štátna príslušnosť: |
| Bydlisko (adresa) | |
| Trvalý pobyt: | Prechodný pobyt: |

|  |  |
| --- | --- |
| Údaje o rodičoch, zákonných zástupcoch dieťaťa: | |
| Otec | Matka |
| Meno a priezvisko: | Meno a priezvisko: |
| Bydlisko (adresa): | Bydlisko (adresa): |
| Kontakt na účely komunikácie: | Kontakt na účely komunikácie: |

|  |  |
| --- | --- |
| Podrobnosti o výchove a vzdelávaní | |
| Forma výchovy a vzdelávania :  (poldenná, celodenná) |  |
| *Zisťované údaje sú v súlade § 11 ods.6 písm. a) prvého bodu až šiesteho bodu a písm. b) Zákona NR SR č.245/2008 Z .z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov* | |
| ***Vyhlásenie zákonného zástupcu***   1. *Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám službukonajúcemu pedagogickému zamestnancovi a po ukončení výchovno-vzdelávacej činnosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba, 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 riaditeľstvu materskej školy (tlačivo v šatniach), 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 zákona NR SR č. 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 VZN č. 136 schváleného uznesením MsZ mesta Martin o určení miesta a času zápisu na plnenie povinnej školskej dochádzky a o výške príspevku na čiastočnú úhradu nákladov škôl a školských zariadení (ďalej len nariadenie) v stanovej 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 zákonnými*  *zástupcami dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky môjho dieťaťa do materskej*  *školy.*   1. *Zároveň som oboznámený so spracovávaním osobných údajov dieťaťa uvedených v žiadosti podľa Zákona 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, pre 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. ***Čestne vyhlasujem. že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.***   *------------------------- -------------------------*  *Podpisy zákonných zástupcov* | |

***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 v zmysle vyhlášky č. 541/2021 Z. z. o materskej škole.*

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

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

***Vyplní MŠ:***

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