**Základná škola s materskou školou Krivany, 082 71 Krivany 1 e-mail:ms.krivany@gmail.com, tel.: 0911 501 488**

**Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy**

**Meno a priezvisko dieťaťa** ........................................................................... Dátum narodenia ............................... Miesto narodenia .................................... Národnosť...............................................

Rodné číslo ...........................................

Štátna príslušnosť...................................

Adresa trvalého pobytu alebo adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu ...............................................................

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

**Meno a priezvisko otca** .......................................................................................

kontakty na účely komunikácie: Mobil ..................................... mailová adresa ....................................................................................

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

**Meno a priezvisko matky** ................................................

Kontakty na účely komunikácie: Mobil ........................................ mailová adresa ..............................................................................................

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

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do MŠ .................................................................

Žiadam prijať svoje dieťa na: a.) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant)

b.) poldenný pobyt (desiata, obed) (\* voľbu označte)

**Vyhlásenie zákonných zástupcov:**

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v súlade s §28 ods. 3 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Svojím podpisom dávam/e/ súhlas k príprave a realizácií všetkých aktivít s účasťou dieťaťa v rámci výchovno-vzdelávacej činnosti, plánu práce materskej školy a s jeho presunom na tieto aktivity – napr. návšteva knižnice, základnej školy, podujatia organizované v MŠ – divadelné predstavenia, besedy a pod., ako aj k fotografovaniu a spracovaniu videozáznamov pre potreby a propagáciu školy.

**Čestne vyhlasujem**, že dieťa **nie je** prihlásené v inej materskej škole.

Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

Beriem na vedomie, že na základe opakovaného porušenia vnútorného poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do školy.

Súhlasím so spoluprácou školy so psychológom (s pozorovaním dieťaťa a poskytnutím poradenstva učiteľkám).Tento súhlas sa netýka individuálneho vyšetrenia. V prípade potreby bude vyžiadaný osobitný súhlas od rodiča.

Dátum: ................................ Podpisy ZZ/rodičov ....................................................

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

**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 § 3ods.1 vyhlášky MŠ SR č.306/2008 Z.z. o materskej škole a v znení vyhlášky č.308/2009 Z. z.

Dieťa:

* je spôsobilé navštevovať materskú školu
* nie je spôsobilé navštevovať materskú školu (\* nehodiace sa prečiarknite)

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

Údaj o povinnom očkovaní:

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

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

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