Materská škola Odorín 65

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA

na predprimárne vzdelávanie

Meno dieťaťa......................................................dátum a miesto narodenia..........................................

Rodné číslo.................................................. Bydlisko...................................................................

Štátna príslušnosť...........................................Národnosť.................................................................

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

Adresa zamestnávateľa..........................................................................č. telefónu.............................

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

Adresa zamestnávateľa...........................................................................č. telefónu.............................

e-mail rodiča........................................................................................

Žiadam prijať dieťa do MŠ na:

a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant)

b) poldenný pobyt ( desiata, obed)

c) adaptačný pobyt

d) diagnostický pobyt

Záväzný nástup dieťaťa do MŠ Odorín žiadam dňa:..........................................................................

Špeciálne potreby, starostlivosť a obmedzenia dieťaťa (napr. v strave, zdravotné a výchovné problémy, alergia, ...):

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa 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 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

Dieťa:

 je spôsobilé navštevovať materskú školu\*)

 nie je spôsobilé navštevovať materskú školu\*)

Údaje o povinnom očkovaní:

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

Alergie:

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

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

\*) Vhodné zakrúžkujte

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

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV)**

 V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim túto skutočnosť riaditeľovi (triednemu učiteľovi) materskej školy. Ďalej sa zaväzujem, že oznámim aj každé očkovanie a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

 Beriem na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do materskej školy.

 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 (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN obce Odorín č.3/2015 ( Dodatok č. 2/2019 ), ktorým sa určuje výška čiastočnej úhrady nákladov spojených s predprimárnym vzdelávaním.

 Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby materskej školy v zmysle § 11 ods. 7 školského zákona.

 Svojim podpisom dávam súhlas k príprave a realizácií aktivít materskej školy s účasťou môjho/nášho dieťaťa (tie ku ktorým nie je potrebný informovaný súhlas zákonného zástupcu), ako aj k fotografovaniu a spracovaniu videozáznamov len pre potreby materskej školy.

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

 Podpis zákonného zástupcu