**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE V MŠ**

**Základná škola s materskou školou Svinná č. 131, 913 24 Svinná**

|  |
| --- |
| **Údaje o dieťati:** |
| Meno a priezvisko dieťaťa: |
| Dátum narodenia: | Rodné číslo: |
| Miesto narodenia: |
| **Bydlisko ( adresa):** |
| Trvalý pobyt: | Prechodný pobyt: |
| **Údaje o rodičoch, zákonných zástupcov dieťaťa:** |
| **Otec/adresa/** | **Matka/adresa/** |
| Meno a priezvisko, adresa: | Meno a priezvisko, adresa: |
| Číslo telefónu: | Číslo telefónu: |
| e-mail: | e-mail: |
| Požadovaný jazyk výchovy a vzdelávania v MŠ : |
| Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam odo dňa (uviesť záväzne): |
| **Žiadam prijať dieťa na výchovnú starostlivosť (zaškrknite):** |
|  Celodennú (desiata, obed, olovrant)Poldennú (desiata, obed) |

|  |
| --- |
| Dátum podania žiadosti :  |
| **Podpis oboch zákonných zástupcov:** |
| Otec: | Matka: |

**POTVRDENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA**

**príloha k žiadosti o prijatie dieťaťa do materskej školy**

Meno a priezvisko dieťaťa: ...............................................................................................................................

Dátum narodenia: ............................................................................................................................................

Adresa trvalého pobytu: ..................................................................................................................................

Poisťovňa :........................................

Záväzný **dátum nástupu** do materskej školy: .................................................................................................

|  |
| --- |
| 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.Dieťa je telesne a duševne zdravé ÁNO NIEJe zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve ÁNO NIEAbsolvovalo všetky povinné očkovania ÁNO NIEIné skutočnosti, ktoré pokladáte za dôležité uviesť:Dátum vydania potvrdenia:....................................... ........................................................ pečiatka a podpis lekára |