

Materská škola Borovce č.168, 922 09 Borovce

Ž I A D O S Ť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie s výchovným jazykom slovenským

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum a miesto narodenia.....Rodné číslo.....

Národnosť.....Štátna príslušnosť.....

Bydlisko/adresa/.....PSČ.....

Tel.kontakt.....

Zdravotná poisťovňa číslo.....

Údaje zákonných zástupcov :

Meno a priezvisko matky.....Tel.kontakt.....

Bydlisko.....Zamestnávateľ.....

Meno a priezvisko otca.....Tel.kontakt.....

Bydlisko.....Zamestnávateľ.....

Závazný dátum nástupu dieťaťa do MŠ.....

Žiadam prijať dieťa do MŠ na pobyt : a) celodenný – desiata – obed – olovrant

b) poldenný– desiata – obed

c) adaptačný

d) diagnostický

Vyhlásenie rodičov :

1.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 Borovce.

2. Beriem na vedomie, že pedagogický zamestnanec môže odmietnuť prevzatie dieťaťa ak zistí, že jeho zdravotný stav nie je vhodný na prijatie do MŠ.

3. Zaväzujem sa, že v prípade ochorenia dieťaťa prenosnou chorobou a výskytu prenosného ochorenia v rodine alebo v najbližšom okolí, alebo o nariadenom karanténnom opatrení bezodkladne oznámim túto skutočnosť riaditeľke materskej školy.

4. Súčasne sa zaväzujem, že písomne oznámim zmenu zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, jeho zdravotných problémoch a iných závažných skutočnostiach, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania.

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

Prehlasujem, že všetky údaje a informácie o zdravotnom stave dieťaťa sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých údajov a informácii môžu viesť k rozhodnutiu o prerušení, prípade ukončení predprimárneho vzdelávania.

Ako dotknutá osoba v zmysle § 7 zákona NR SR č. 428/2002 Z. z. zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy podľa § 11 ods. 7 zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon).

Podpis/y/ zákonného/ých/ zástupcu/cov/:.....

V.....Dátum.....

LEKÁRSKA SPRÁVA O DIEŤATI

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa (podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355 /2001 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 1 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z. z. o materskej škole) **a jeho spôsobilosti navštevovať materskú školu:**

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum narodenia.....rodné číslo.....

Bydlisko.....

Dg.....

Alergia a iné ochorenia.....

Zdravotný stupeň : I. II. III. IV. /vyznačiť stupeň /

Iné obmedzenia a nálezy.....

Očkovanie dieťaťa :

Dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky školského poriadku materskej školy, ktoré sú v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa v predškolskom veku.

Dátum:.....

Pečiatka a podpis lekára:

Dátum prijatia žiadosti :.....

Evidenčné číslo žiadosti:.....

Podpis riaditeľky MŠ:.....
