

Ž I A D O S Ť
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie
do Materskej školy Lúčka 77,082 71 Lipany

ÚDAJE O DIEŤATI	
Meno a priezvisko dieťaťa:	
Dátum a miesto narodenia:	
Rodné číslo:	
Adresa trvalého bydliska:	
Štátna príslušnosť:	
Národnosť:	
Titul, meno a priezvisko otca:	
Adresa trvalého bydliska, PSČ:	
Prechodné bydlisko, PSČ:	
Tel. kontakt:	email:
ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI – MATKA	
Titul, meno a priezvisko matky:	
Adresa trvalého bydliska, PSČ:	
Prechodné bydlisko, PSČ:	
Tel. kontakt:	email:

PREHLÁSENIE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV DIEŤAŤA

1. Prehlasujem(e) a svojim podpisom potvrdzujem (e), že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a materskú školu som /sme ničím neuviedli do omylu.

..... dátum meno, priezvisko otca a podpis zákonného zástupcu
..... dátum meno, priezvisko matky a podpis zákonného zástupcu

Podpísaní rodičia (zákonní zástupcovia) žiadame o prijatie nášho dieťaťa do MŠ Lúčka
v školskom rokuod

"Osobné údaje sú spracúvané v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. b) Nariadenia Európskeho Parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov), resp. § 13 ods. 1 písm.b) zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov"

Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

a údají o povinnom očkovaní podľa § 24 ods.7 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole v znení Vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z.z.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

- Dieťa absolvovalo – neabsolvovalo povinné očkovania. (*nehodiace sa prečiarknite)
- Dieťa je zdravé, nevyžaduje dlhodobú zdravotnícku starostlivosť **NIE – ÁNO***
- Dieťa je zdravotne znevýhodnené:
 - má zdravotné postihnutie - mentálne, sluchové, zrakové a telesné postihnutie, narušenú komunikačnú schopnosť, **NIE – ÁNO***
 - je choré alebo zdravotne oslabené **NIE – ÁNO***
 - má vývinové poruchy **NIE – ÁNO***
 - má poruchy správania **NIE – ÁNO***
 - vyžaduje dlhodobú/dočasnú zdravotnícku starostlivosť **NIE – ÁNO***
- Dieťa trpí poruchami výživy a má požiadavky na výluku problematických potravín zo stravy, alebo donášku vlastnej stravy: **NIE – ÁNO*** (*nehodiace sa prečiarknite).
- Dieťa má iné zdravotné problémy alebo chorobu, ktorej prejavy by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v materskej škole a ohrozovať či obmedzovať výchovu a vzdelávanie dieťaťa, ale aj ostatných detí. **NIE – ÁNO***.....

.....

.....

.....

dátum vydania potvrdenia

.....

pečiatka a podpis praktického lekára pre deti a dorast

Dátum prevzatia žiadosti:.....Podpis preberajúceho pedag. zamestnanca: