

Materská škola, Lipníky 15, 082 12 Kapušany
Evidenčné číslo žiadosti:..... (vypíše materská škola)

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Údaje o dieťati:

Meno a priezvisko/rodné priezvisko dieťaťa:
.....

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto narodenia:

Štátna príslušnosť: Národnosť :

Adresa trvalého pobytu :.....

Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu (prechodný pobyt)
.....

Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa:

Titul, meno a priezvisko/rodné priezvisko otca:
.....

Adresa trvalého bydliska:

Kontakt na účely komunikácie: e-mail tel:.....

Zamestnanie:.....

Titul, meno a priezvisko/rodné priezvisko

matky:.....

Adresa trvalého bydliska:

Kontakt na účely komunikácie: e-mail tel:.....

Zamestnanie:

Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo materskú školu (uved'te , ktorú a dokedy)
.....

Žiadame prijať dieťa do MŠ na pobyt(zakrúžkujte):

- a) celodenný
- b) poldenný
- c) adaptačný (max. na 3 mesiace)
- d) diagnostický (max. na 3 mesiace pre deti so ŠVVP)

Nástup do MŠ:

deň -mesiac -rok

Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa(§ 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 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008Z.z. o materskej škole)- nehodiace prečiarknite

- dieťa **je / nie je** pravidelne očkované,
- dieťa **trpí / netrpí** žiadnou alergiou,
- dieťa **je spôsobilé / nie je spôsobilé**na pobyt v kolektíve materskej školy

Zdravotné ťažkosti dieťaťa, na ktoré je potrebné upozorniť:

.....

Dátum: Pečiatka a podpis pediatra:

* Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia poradenstva a prevencie, ak ide o dieťa s diétnym programom, zdravotnými ťažkosťami, predloží jeho zákonný zástupca spolu so žiadosťou o prijatie lekárskej dokumentácie .

Vyhlasenie zákonných zástupcov dieťaťa :

Vyhlasujeme, že budeme pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v zmysle všeobecne záväzného nariadenia obce Lipníky na určený účet do 10. dňa v kalendárnom mesiaci.

Tiež prehlasujeme, že žiadosť sme vyplnili pravdivo a úplne. V prípade zamlčania, že dieťa navštevuje psychologickú, psychiatrickú alebo inú lekársku ordináciu, sme si vedomí toho, že dieťa môže byť zo zariadenia vylúčené.

V dňa

Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa:

.....

Podpis otca

Podpis matky

(vypíše materská škola)

Prevzaté dňa : Žiadosť prevzala: