

Materská škola Černík, Hlavná č.146

tel.kontakt: 035/6578101

e-mail: ms.cernik@gmail.com

ŽIADOSŤ

o prijatie dieťaťa do materskej školy s vyučovacím jazykom slovenským

Podpísaný rodič/zákonný zástupca žiadam o prijatie môjho syna / mojej dcéry do materskej školy v Černíku v školskom roku od.....

Meno a priezvisko dieťaťa.....

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

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

Adresa trvalého pobytu:.....

Adresa pobytu, kde sa dieťa, alebo jeho zákonný zástupca obvykle zdržiava :.....

Zdravotná poisťovňa/ číslo:.....Počet súrodencov rodine:.....

Meno a priezvisko otca.....

Adresa trvalého pobytu, alebo adresa miesta, kde sa obvykle zdržiava:

.....

Tel.kontakt:.....

Meno a priezvisko matky.....

Adresa trvalého pobytu, alebo adresa miesta, kde sa obvykle zdržiava:

.....

Tel.kontakt:.....

*Prihlasujem svoje dieťa na pobyt: a.) celodenný /desiata, obed, olovrant/

b.) poldenný / desiata, obed / * (nehodiace sa prečiarknite)

Dieťa:	☐	už navštevovalo MŠ v:
	☐	nenavštevovalo MŠ

V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov ako zákonný zástupca dieťaťa súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa uvedených v prihláške na účely materskej školy a jeho zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v rámci platných legislatívnych predpisov (zákon č.245/2008 Z.z.).

Tento súhlas platí až do odvolania, najdlhšie však do ukončenia predprimárneho vzdelávania dieťaťa.

Dovtedy ho možno odvolať len písomne.

Prehlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a úplné.

Dátum:.....

.....

podpis rodičov, zákonných zástupcov

Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa

Meno dieťaťa: dátum narodenia:

Celkový zdravotný stav dieťaťa k veku.....

.....

Potvrdzujem, že dieťaťa netrpí žiadnou takou chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v materskej škole zúčastňujú.

Údaje o povinnom očkovaní:

.....

.....

.....

.....

dátum

.....

podpis a pečiatka lekára