

Materská škola, Vígľašská Huta – Kalinka č. 13, 962 25 Vígľašská Huta – Kalinka

**Ž i a d o s ť
o prijatie dieťaťa do materskej školy**

Meno a priezvisko dieťaťa (rovnaké ako na rodnom liste)
Dátum narodenia miesto narodenia
Rodné číslo
Národnosť
Štátna príslušnosť
Materinský jazyk.....
Adresa trvalého pobytu alebo miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)

Titul, meno a priezvisko matky
Adresa trvalého pobytu
Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)
Telefónny kontakt.....

Titul, meno a priezvisko otca
Adresa trvalého pobytu
Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)
Telefónny kontakt.....

Forma výchovy a vzdelávania

a) celodenná výchova a vzdelávanie (desiata, obed, olovrant)*

b) poldenná výchova a vzdelávanie (desiata, obed)*

*) nehodiace sa prečiarknite

Vyučovací jazyk, v ktorom má byť predprimárne vzdelávanie poskytované

Závazný nástup dieťaťa do materskej školy

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO/ÝCH ZÁSTUPCU/OV

Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle zákona č.18/2018 Z. z o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Nariadenia európskeho parlamentu a rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 . Potvrdzujem/e pravdivosť údajov a beriem/e na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií alebo ďalších skutočností, ktoré nie sú v súlade s platnou legislatívou(zákon 245/2008), môže byť rozhodnutie o prijatí dieťaťa do materskej školy zrušené.

.....
Dátum, miesto

.....
Podpis matky

.....
Podpis otca

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Vyjadrenie lekára o dôležitých skutočnostiach o zdravotnom stave dieťaťa, prijatého na predprimárne vzdelávanie ako aj vplyv vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia ostatných detí podľa § 24 ods. 7 zákona č.355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Údaje o povinnom očkovaní:

.....
Dátum, miesto

.....
Pečiatka a podpis lekára