

# Materská škola Dunajská Lužná

900 42 Dunajská Lužná č.738/27 tel. č. 02/45980510, e-mail: materskaskola@dunajskaluzna.sk

## Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy

**Meno a priezvisko dieťaťa:** .....

Dátum narodenia:..... Rodné číslo:.....

Bydlisko:..... Okres:.....

Názov a číslo zdravotnej poisťovne .....

Národnosť:..... Štátne občianstvo:.....

Bydlisko:..... PSČ .....

Číslo telefónu – domov: ..... mobil: .....

**Meno a priezvisko otca:** .....

Adresa zamestnávateľa: ..... Pracovné zaradenie: .....

Bydlisko:.....

Toho času a) zamestnaný b)nezamestnaný

Tel. čísla: mobil/do zamestnania tel.číslo:.....

**Meno a priezvisko matky:** .....

Adresa zamestnávateľa: ..... Pracovné zaradenie: .....

Bydlisko:.....

Toho času a) zamestnaná b)nezamestnaná c) na materskej dovolenke

Tel. čísla: mobil/do zamestnania tel.číslo:.....

Počet súrodencov v rodine.....vek detí...../...../...../.....

\*O dieťa sa stará: matka otec obaja rodičia

\*Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ (uved'te ktorú a dokedy) .....

\*Žiadam(e) prijať dieťa do MŠ na :

a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant),

b) poldenný pobyt (desiata, obed),

c) poldenný pobyt (obed, olovrant),

\*Žiadam umiestnenie dieťaťa do materskej školy:

a) MŠ Brezová ul. 738

b) MŠ Lipnická ul. 394

c) MŠ Lipnická ul. 417

d) nezáleží

Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam(e) od dňa: .....

V Dunajskej Lužnej dňa: ...../.....

podpis rodičov (zákonných zástupcov)

## Vyhlásenie zákonného zástupcu/zákonných zástupcov

- a) V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľovi (triednemu učiteľovi) materskej školy.
- b) Zaväzujem(e) sa, že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.
- c) Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona č.245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- d) Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do školy.
- e) Čestne vyhlasujem(e), že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.
- f) Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle § 11 písm. 7 zákony č. 250/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon).**

Prehlasujem(e), že všetky údaje sú pravdivé a beriem(e) na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých údajov a informácií bude rozhodnutie riaditeľky materskej školy o prijatí dieťaťa do materskej školy zrušené.

V Dunajskej Lužnej dňa: .....

.....  
.....

podpis rodičov (zákonných zástupcov)

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

**\*) Nehodiace sa prečiarknite**

Zisťované údaje sú v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, zákonom č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a zákonom č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o doplnení niektorých zákonov.

## Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa 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 súlade s § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky Ministerstva školstva SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

**\*Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu** - 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.

**nie je spôsobilé navštevovať materskú školu**

Údaje o povinnom očkovaní: .....

Dátum: .....

Pečiatka a podpis lekára .....