

Číslo žiadosti:

Dátum:

Miesto:

ŽIADOSŤ

o prijatie dieťaťa do materskej školy

podľa § 59 ods. 3, ods. 4 a ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa § 3 ods. 1 až 3 vyhlášky č. 306/2008 o materskej škole

žiadam o prijatie môjho syna / mojej dcéry*) do materskej školy

na pobyt:

a) celodenný (desiata, obed, olovrant)

b) poldenný (desiata, obed)

c) poldenný (desiata)*

Dátum nástupu dieťaťa do materskej školy žiadam od:

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum a miesto narodenia:

Národnosť: Štátne občianstvo: Rodné číslo:

Bydlisko:

Otec - Meno a priezvisko: Telefonický kontakt:

Zamestnávateľ:

MATKA - Meno a priezvisko: Telefonický kontakt:

Zamestnávateľ:

Počet súrodencov v rodine:

Ďalšie informácie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

podpis rodiča

Vyhlasenie rodiča

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do predškolského zariadenia osobne odovzdám službukonajúcej pedagogickej pracovníčke a po ukončení výchovnej starostlivosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 7 rokov), na základe písomného splnomocnenia zákonného zástupcu.
2. Zaväzujem sa, že oznámim riaditeľstvu predškolského zariadenia výskyt choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.
3. Beriem na vedomie, že ak moje dieťa nebude navštevovať predškolské zariadenie dlhšie ako 14 po sebe nasledujúcich dní bez uvedenia dôvodu, riaditeľ po predchádzajúcom písomnom upozornení môže jeho dochádzku do materskej školy **u k o n č i ť**.
4. Čestne vyhlasujem, že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.

*) Nehodiace sa prečiarknite

podpis rodiča

Vyjadrenie lekára - Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa

Celkový zdravotný stav dieťaťa vzhľadom k veku:

.....
.....
.....

Potvrdzujem, že dieťaťu neboli diagnostikované žiadne choroby, ktoré by neumožňovali jeho prijatie do materskej školy.

Dátum vydania potvrdenia:

.....

odtlačok pečiatky a podpis lekára