



Žiadosť
na predprimárne vzdelávanie
Materská škola, Ul. SNP 27, Handlová

Údaje o dieťaťi	
Meno a priezvisko:	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Miesto narodenia:	Národnosť:
Štátna príslušnosť:	
Bydlisko (adresa)	
Trvalé bydlisko:	Prechodné bydlisko:

Údaje o zákonných zástupcoch	
Otec	Matka
Titul, meno a priezvisko:	Titul, meno a priezvisko:
Trvalé bydlisko (doručovacia adresa):	Trvalé bydlisko (doručovacia adresa):
Číslo telefónu:	Číslo telefónu:
E-mailová adresa:	E-mailová adresa:

<input type="checkbox"/> MŠ – SNP	<input type="checkbox"/> EP – Cintorínska	<input type="checkbox"/> EP – Dimitrovova
<input type="checkbox"/> EP – Morovnianska cesta	<input type="checkbox"/> EP – na ZŠ Morovnianska cesta	

(Vyznačte krížikom, o ktoré pracovisko Materskej školy máte záujem.)

Forma výchovy a vzdelávania:	celodenná	poldenná
(vyznačte krížikom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam odo dňa:		

Vyhlasenie zákonného zástupcu

1. Súhlasím so spracovaním osobných údajov zákonných zástupcov a dieťaťa uvedených v žiadosti na prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie, pre účely materskej školy a jeho zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v súlade s platnými legislatívnymi predpismi o ochrane osobných údajov.
2. Súhlasím so započítaním svojho dieťaťa do zberu údajov na účely rozdeľovania a poukazovania výnosu dane mestu Handlová a čestne vyhlasujem, že tento súhlas sme poskytli len jednej materskej škole, t. j. MŠ, Ul. SNP 27, Handlová.
3. Čestne vyhlasujem, že v žiadosti som uviedol pravdivé údaje.

.....
Podpis zákonného zástupcu dieťaťa

.....
Podpis zákonného zástupcu dieťaťa

Potvrdenie všeobecného lekára pre deti a dorast

Odborné potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa, ktoré obsahuje aj údaj o povinnom očkovaní (podľa § 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 v znení neskorších predpisov.

Dieťa je fyzicky a duševne zdravé

ÁNO NIE

Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve

ÁNO NIE

Má diagnostikované závažné ochorenie

ÁNO NIE

Absolvovalo všetky povinné očkovania

ÁNO NIE

(ošetrojúci lekár vyznačí krížikom)

Dátum:

Pečiatka a podpis lekára:

Dátum podania žiadosti (vyplní Materská škola)