

Ž i a d o s ť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do Materskej školy Vítkovce 81, 053 63 Spišský Hrušov v školskom roku 2023/2024

Dolu podpísaní zákonní zástupcovia žiadame o prijatie svojho dieťaťa do Materskej školy Vítkovce 81
v termíne od 1. septembra 2023.

Priezvisko a meno dieťaťa (podľa rodného listu):

Dátum narodenia:Rodné číslo: Štátna príslušnosť:.....

Miesto narodenia: Národnosť:.....

Adresa trvalého pobytu dieťaťa (podľa občianskeho preukazu matky).....

.....

alebo adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

..... PSČ:

Titul, Meno a priezvisko, (rodné priezvisko) matky:

Adresa bydliska:

Druh pobytu (trvalý/prechodný):

Kontakt na účely komunikácie: mobil:....., email:.....

Titul, Meno a priezvisko otca:

Adresa bydliska:

Druh pobytu (trvalý/prechodný):

Kontakt na účely komunikácie: mobil:....., email:.....

Kontaktná adresa pri písomnom styku:

Vyhlásenie zákonných zástupcov:

- Vyhlasujeme, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a sme nezamlčali žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, resp. pobyt a dochádzku nášho dieťaťa do materskej školy.
- V zmysle §59 zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení niektorých predpisov v súlade s §3 ods.3 vyhlášky MŠ SR č.306/2008 Z.z. o materskej škole v znení vyhlášky 308/2009 Z.z. a v znení §24 ods.6 a ods.7 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. je potrebné priložiť potvrdenie od všeobecného lekára pre deti a dorast o spôsobilosti dieťaťa navštevovať materskú školu.
- Odoslaním formulára potvrdzujem, že som sa oboznámil/ oboznámila so všetkými informáciami podľa čl. 13 GDPR, najmä s právami dotknutej osoby podľa čl. 12 až čl. 23 GDPR. www.osobnyudaj.sk/informovanie.

V dňa

.....

Podpisy zákonných zástupcov (otec a matka)

Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa

Potvrdzujem, že zdravotný stav dieťaťa
je po stránke fyzickej a psychickej dobrý a dieťa je *spôsobilé* – *nespôsobilé* navštevovať materskú
školu./ nehodiace sa prečiarknite

Povinné očkovania:

Alergie:

Iné zdravotné znevýhodnenie:.....

Dátum:.....Pečiatka a podpis lekára: