

## ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA DO MATERSKEJ ŠKOLY SOKOL'ANY 148, 044 57, HANISKA

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Dátum narodenia: .....Miesto narodenia: .....

Národnosť: ..... Štátne občianstvo: ..... Rodné číslo: .....

Poistovňa: .....číslo.....

Adresa trvalého pobytu dieťaťa: .....

OTEC	MATKA
Titul, meno a priezvisko:	Titul, meno a priezvisko:
adresa trvalého pobytu: (ulica, číslo, smerovacie číslo, mesto)	adresa trvalého pobytu: (ulica, číslo, smerovacie číslo, mesto)
telefónny kontakt:	telefónny kontakt:
emailový kontakt:	emailový kontakt:
Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu (vyplňte v prípade ak máte prechodný pobyt a dieťa tam býva s Vami):	

Dieťa navštevuje MŠ/DJ	ÁNO	NIE
------------------------	-----	-----

Uviesť záväzný dátum nástupu do materskej školy: .....

Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok za pobyt dieťaťa v materskej škole, určený na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle Zákona NR SR č. 245/2008 Z.z.. a poplatok za stravu.

.....  
Dátum podania žiadosti.....  
Podpis oboch zákonných zástupcov

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorý je zverejnený na webovom sídle zriaďovateľa.

# POTVRDENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

## príloha k žiadosti o prijatie dieťaťa do materskej školy

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Dátum narodenia: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Závazný dátum nástupu do materskej školy: .....

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa 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.

Dieťa je telesne a duševne zdravé	ÁNO	NIE
-----------------------------------	-----	-----

Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve	ÁNO	NIE
---	-----	-----

Absolvovalo všetky povinné očkovania	ÁNO	NIE
--------------------------------------	-----	-----

Iné skutočnosti, ktoré pokladáte za dôležité uviesť:

Dátum vydania potvrdenia:.....

.....  
pečiatka a podpis lekára

Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorý je zverejnený na webovom sídle zriaďovateľa

potvrdenie prijaté dňa: