Materská škola Kračúnovce, Kračúnovce 376,mskracunovce@gmail.com, č.t. 0543810763

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

 Evidenčné číslo..................

**Žiadosť**

**o zaradenie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Meno a priezvisko dieťaťa ................................................................................................................................

Dátum a miesto narodenia ................................................................................................................................

Rodné číslo ........................................... Národnosť ................................... Štátna príslušnosť........................

Názov a číslo zdravotnej poisťovne .................................................................................................................

Adresa trvalého pobytu ............................................................................................... PSČ ...........................

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

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

Adresa trvalého pobytu: ............................................................................................... PSČ .........................

 Kontaktná e-mailová adresa:.........................................................Tel. číslo..................................................

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

Adresa trvalého pobytu: ............................................................................................... PSČ ........................

Kontaktná e-mailová adresa:...........................................................Tel. číslo................................................

Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ (uveďte, ktorú a dokedy) :

 Žiadam prijať dieťa do MŠ na :

a) celodenný pobyt,

b) poldenný pobyt,

1. adaptačný pobyt,
2. diagnostický pobyt.

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

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV)**

 - V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľovi (triednemu učiteľovi) materskej školy. Ďalej sa zaväzujem(e), že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

- Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa/dieťaťom, môže riaditeľ školy rozhodnúť o predčasnom ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ.

- 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 NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s aktuálnym VZN obce Kračúnovce.

- Čestne vyhlasujem(e), že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.

- Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle §11 písm.7 školského zákona.

- Svojim podpisom dávam(e) súhlas k príprave a realizácií všetkých aktivít školy s účasťou môjho dieťaťa, ktorého som (sme) zákonným (i) zástupcom (ami) a s jeho presunom na tieto aktivity, ako aj k fotografovaniu a spracovaniu videozáznamov pre potreby a propagáciu školy.

V .........................dňa..................... Podpisy oboch zákonných zástupcov (otec, matka)......................................

**Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a

rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vyhlášky MŠ SR č. 541/2021 Z. z. o materskej škole

Dieťa ( meno, priezvisko dieťaťa ) : ............................................................................................

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

- dieťa je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve materskej školy

- dieťa nie je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve materskej školy ( nehodiace sa preškrtnite )

Údaje o povinnom očkovaní: ........................................................................................................................

Alergie ........................................................................................................................................................

Dátum:.............................. Pečiatka a podpis lekára................................................................................

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

POZNÁMKY :