|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ............................... | | |  |  |  |  |  |  |
|  | pečiatka MŠ | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE V MŠ** | | | | | | | | | |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Meno a priezvisko dieťaťa : ............................................................................................ | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dátum a miesto narodenia : ....................................................................................................................... | | | | | | | | |
|  | Rodné číslo: | | | | Adresa trvalého pobytu: | | | | | |
|  |
|  | Národnosť: Štátne občianstvo: | | | | Ulica: číslo: | | | | | |
|  |
|  | **OTEC** - meno a priezvisko: číslo telefónu: | | | | | | | | | |
|  |
|  | Adresa trvalého pobytu: | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | **MATKA** - meno a priezvisko : číslo telefónu: | | | | | | | | | |
|  |
|  | Adresa trvalého pobytu: | | | | | | | | | |
|  |
|  | Počet súrodencov v rodine : Číslo zdravotnej poisťovne : | | | | | | | | | |
|  |
|  | Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy : | | | | | | | | | |
|  |
|  | Žiadam prijať dieťa do MŠ na: a) celodennú formu výchovy a vzdelávania  b) poldennú formu výchovy a vzdelávania | | | | | | | | | |
|  |
|  | Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu | | | | | | | | | |
|  | výdavkov materskej školy v súlade s § 28 ods. 3 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní | | | | | | | | | |
|  | (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN mesta č.1/2020 | | | | | | | | | |
|  | o výške príspevkov v školách a školských zariadeniach zriadených Mestom Ilava, v znení Dodatku č.2. k VZN č.1/2020. | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | Dátum :...................................Podpis obidvoch zákonných zástupcov.............................................................. | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | **Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa** podľa § 24 ods.7 zákona 355/2007 Z.z. o ochrane, | | | | | | | | | |
|  | podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky  MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č.308/2009 Z.z. | | | | | | | | | |
|  | \*Dieťa je:  - spôsobilé navštevovať materskú školu,  - nie je spôsobilé navštevovať materskú školu,  - absolvovalo povinné očkovania,  - neabsolvovalo povinné očkovania.  \*nehodiace sa prečiarknite | | | |  |  |  |  |  | |
|  | Dátum................................ Pečiatka a podpis lekára................................................... | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |