

## Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie v školskom roku 2024/2025

Meno a priezvisko dieťaťa .....  
Dátum a miesto narodenia ..... Rodné číslo.....  
Národnosť ..... Štátna príslušnosť.....  
Materinský jazyk: ..... Zdravotná poisťovňa: .....  
Adresa trvalého bydliska: .....  
Prechodné bydlisko: .....

Titul, meno a priezvisko matky: .....  
Adresa trvalého bydliska: .....  
Prechodné bydlisko: .....  
Telefonický kontakt: .....  
Email: .....

Titul, meno a priezvisko otca: .....  
Adresa trvalého bydliska: .....  
Prechodné bydlisko: .....  
Telefonický kontakt: .....  
Email: .....

Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam odo dňa: .....  
Forma výchovy a vzdelávania: **celodenná\*** (desiata, obed, olovrant)  
**poldenná\*** (desiata, obed)

(\*nehodiace sa prečiarknite)

### Vyhlásenie zákonných zástupcov dieťaťa

- ✓ Bezodkladne budem informovať materskú školu o zmenách v zdravotnom stave dieťaťa, zmene osobných údajov, rodinných vzťahoch alebo o iných závažných skutočnostiach, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania dieťaťa.
- ✓ Zaväzujem(e) sa, že budem(e) pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením v materskej škole v zmysle § 28 odst. 3 - 5 zákona NR SR č.245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a v zmysle všeobecne záväzného nariadenia vydaného Obcou Ostrov na účet do 10. dňa v mesiaci.
- ✓ Prehlasujem(e) a svojím podpisom potvrdzujem(e), že všetky údaje v tejto žiadosti sú pravdivé. V prípade dokázania nepravdivosti údajov má riaditeľka materskej školy právo dieťa vylúčiť.
- ✓ Súhlasím so spracovaním uvedených osobných údajov žiakov a zákonných zástupcov v súlade s §11 zákona č. 245/2008 Z. z.

### Podpisy obidvoch zákonných zástupcov dieťaťa:

.....  
Podpis zákonného zástupcu – matka

.....  
Podpis zákonného zástupcu - otec

V ....., dňa .....

**Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:**

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti 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.

<b>Povinné očkovania – absolvované</b>	Áno*	Nie*	
<b>Alergie</b>	Áno*	Nie*	
- druh alergie:			
<b>Zrak – nosí okuliare</b>	Áno*	Nie*	
<b>Zdravotne spôsobilé navštevovať MŠ</b>	Áno*	Nie*	
- obmedzenia:			
<b>Dieťa je zdravotne spôsobilé absolvovať predprimárne vzdelávanie</b>	V „bežnej“ MŠ*	V špeciálnej triede „bežnej“ MŠ*	V MŠ pre deti so ŠVVP*
<b>Dieťa so zdravotným znevýhodnením</b>	Áno*	Nie*	
- označiť zdravotné znevýhodnenie:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ so zdravotným postihnutím,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- s mentálnym postihnutím,</li> <li>- sluchovým postihnutím,</li> <li>- zrakovým postihnutím,</li> <li>- telesným postihnutím,</li> <li>- s narušenou komunikačnou schopnosťou,</li> <li>- s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami,</li> </ul> </li> <li>➤ s viacnásobným postihnutím,</li> <li>➤ deti choré alebo zdravotne oslabené,</li> <li>➤ deti s vývinovými poruchami,</li> <li>➤ deti s poruchami správania.</li> </ul>			
<b>Iné upozornenia lekára týkajúce sa dieťaťa:</b>			

**Dátum:** .....

**Pečiatka a podpis pediatra:** .....

\*) Nehodiace sa prečiarknite

Predmetné osobné údaje sa spracúvajú v súlade s § 11 ods.6 zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní v znení zmien a doplnení niektorých zákonov. Spracúvanie osobných údajov sa riadi nariadením EPaR EÚ č. 2016/679 o ochrane FO pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a zákonom SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

**VYPLŇA MŠ:**

Dátum prijatia žiadosti:

Poradové číslo žiadosti:

Podpis preberajúceho:

Evidenčné číslo žiadosti: