

Meno a priezvisko rodiča:
Bydlisko: PSČ:

Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy

(vyučovací jazyk: slovenský)

Prvé prijatie do MŠ – Prijatie prestupom /*

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Rodné číslo: Rodné priezvisko:

Miesto narodenia: Okres:

Národnosť: Štátna príslušnosť: Rodný jazyk:

Trvalé bydlisko (podľa obč. preukazu rodiča):

PSČ Okres: Tel.č.:

Adresa bydliska, z ktorého dieťa dochádza do školy:

Dieťa žije v úplnej rodine (s matkou a otcom): áno* / nie *

Ak nie, dieťa je súdom zverené do starostlivosti: matky*/ otca */ striedavá starostlivosť*

Otec (titul, meno a priezvisko)

Trvalé bydlisko (podľa obč. preukazu):

PSČ Okres:

Tel.č.: e-mail:

Korešpondenčná adresa: PSČ:

Matka (titul, meno a priezvisko)

Trvalé bydlisko (podľa obč. preukazu):

PSČ Okres:

Tel.č.: e-mail:

Korešpondenčná adresa: PSČ:

Dieťa navštevovalo – nenavštevovalo /* materskú školu (uvedte jej názov, adresu):.....

..... Od: do:

Prihlasujem dieťa do materskej školy na pobyt:

a) celodenný (desiata, obed, olovrant) /*

b) poldenný (desiata, obed) /*

Nástup dieťaťa do materskej školy v školskom roku 2024/25 žiadam odo dňa: a) 1.9. 2024 /*

b) iný:/*

/* označte správny údaj alebo doplňte údaj

Otočte list!

Oznamujeme, že dieťa:

- a) **má - nemá** /* identifikované špeciálne výchovno – vzdelávacie potreby (ŠVVP) zariadením výchovného poradenstva a prevencie
- b) **má - nemá** /* diagnostikované zmyslové, telesné alebo mentálne postihnutie
- c) **navštevuje – nenavštevuje logopéda**/* - uveďte druh rečovej vady

/* - označte, čo platí

Uveďte lekárom diagnostikované ochorenia – epilepsia, diabetes, alergie, poruchy stravovania, neurotická symptomatika a iné, o ktorých by mala škola vedieť:

Upozornenie:

V prípade, že odpoveď a) je kladná, rodič musí k žiadosti o prijatie predložiť aj **vyjadrenie (správu) príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie (CPP)**.

V prípade, že odpoveď b) je kladná, rodič musí k žiadosti o prijatie predložiť aj **vyjadrenie (správu) príslušného odborného lekára**.

Čestné vyhlásenie:

Vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.

Vyhlasenie zákonného zástupcu:

- 1. V prípade prijatia môjho dieťaťa do materskej školy sa zaväzujem, že budem **pravidelne mesačne a načas platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s činnosťou v MŠ** (zákon č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon, VZN obce Golianovo č. 4/2023) a **príspevok na stravovanie**.
- 2. Beriem na vedomie, že ak moje dieťa nebude navštevovať materskú školu dlhšie ako 14 po sebe nasledujúcich kalendárnych dní **bez oznámenia dôvodu**, riaditeľka školy po predchádzajúcom písomnom upozornení môže jeho dochádzku do materskej školy ukončiť.
- 3. Zaväzujem sa, že ak moje dieťa **bude prijaté do inej materskej školy, ihneď to oznámim riaditeľke Základnej školy s materskou školou v Golianove (kontakt: 037/658 11 63)**.

V Golianove dňa

.....
podpis matky

.....
podpis otca

Poznámka: Osobné údaje na účely prijímacieho konania sú spracovávané podľa osobitného predpisu (podľa zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

Rozhodnutie riaditeľky školy z prijímacieho konania bude zaslané na korešpondenčnú adresu rodiča podľa priloženého vyhlásenia zákonných zástupcov (Príloha). V prípade rozvedených rodičov zasielame rozhodnutie o prijatí/neprijatí obom rodičom, ak je uvedená ich korešpondenčná adresa.

Vypĺňa škola:

- dieťa pokračuje v šk.r. 2024/25 v plnení povinného predprimárneho vzdelávania: **áno - nie**
- dieťa bude plniť v šk.r. 2024/25 povinné predprimárne vzdelávanie: **áno - nie**

Došlo dňa:

Písomné vyhlásenie

k podaniam týkajúcich sa výchovy a vzdelávania, o ktorých sa rozhoduje v správnom konaní podľa § 144a zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákonní zástupcovia

matka/zákonný zástupca 1:

titul, meno a priezvisko

adresa pobytu/doručovacia adresa

PSČ e-mail mobil

mám aktívnu elektronickú schránku na portáli *Slovensko.sk*: áno - nie/*

otec/zákonný zástupca 2:

titul, meno a priezvisko

adresa pobytu/doručovacia adresa

PSČ e-mail mobil

mám aktívnu elektronickú schránku na portáli *Slovensko.sk*: áno - nie/*

dieťaťa/žiaka narodeného

vyhlasujeme, že na podaniach týkajúcich sa výchovy a vzdelávania, o ktorých škola rozhoduje podľa Správneho poriadku a kde sa vyžaduje podpis nás oboch rodičov/zákonných zástupcov dieťaťa/žiaka

- tieto písomnosti **bude podpisovať iba jeden rodič/zákonný zástupca** a
- rozhodnutia v správnom konaní sa **doručia iba jednému rodičovi/zákonnému zástupcovi:**

.....
(uvedte jeho meno a priezvisko)

V dňa

Podpis zákonného zástupcu 1

Podpis zákonného zástupcu 2

/* - označte, čo je správne

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa na pobyt v kolektíve (vypĺňa pediater)

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Bydlisko:

Uvedte, či dieťa trpí takým ochorením alebo stavom, ktorého prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v materskej škole zúčastňujú a o ktorých by mal pedagóg vedieť (napr. perцепčné poruchy, epilepsia, cukrovka, neurotická symptomatika, mentálna porucha, hyperaktivita, porucha výživy, iné telesné alebo duševné postihnutie a i.):

Alergie:

Diétne stravovanie určené pre: diabetika - celiatika - iné:

(Upozornenie: Ak má dieťa indikované diétne stravovanie, rodič je povinný doložiť túto informáciu vyjadrením odborného lekára.)

Očkovanie:

- povinné: **áno - nie** /* (označte správny údaj)

- iné (vypíšte):

- rodič **odmietol očkovanie – dieťa nebolo očkované** /* proti:

z dôvodu:

Záver:

Dieťa **je - nie je** /* spôsobilé na základe uvedených skutočností navštevovať materskú školu.

/* Označte správny údaj!

Dátum:..... Meno a priezvisko lekára:

Podpis a pečiatka lekára: