**Z á k l a d n á š k o l a s  m a t e r s k o u š k o l o u H o r n á S t r e d a**

|  |  |
| --- | --- |
| PSČ: 916 24 | tel.: 032/ 777 31 75 |

**Ž I A D O S Ť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Meno a priezvisko dieťaťa..........................................................dát. nar. ......................

Rodné číslo..............................................miesto narodenia ...........................................

Národnosť...............................................št. príslušnosť.................................................

Bydlisko/ trvalý pobyt/....................................................................................................

**Údaje o zákonných zástupcoch :**

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

Bydlisko..........................................................................................................................

Tel. číslo............................................email.....................................................................

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

Bydlisko..........................................................................................................................

Tel. číslo............................................email.....................................................................

Uviesť záväzný dátum nástupu do MŠ............................................................................

**Vyhlásenie rodičov :**

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne 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 (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s VZN č. 5/2021, vydaného obcou Horná Streda.

Čestne vyhlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že moje dieťa bude navštevovať

iba jednu MŠ.

V .......................................................................dňa ..................................

**Podpis oboch rodičov dieťaťa** .......................................................................................

**L E K Á R S K A  S P R Á V A  O   D I E Ť A T I**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR

č. 355 /2001 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

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

Dátum narodenia................................................rodné číslo..............................................

Bydlisko.............................................................................................................................

Dg.......................................................................................................................................

Alergia a iné ochorenia......................................................................................................

Iné obmedzenia a nálezy....................................................................................................

Údaj o očkovaní:................................................................................................................

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