Príloha č.1

**Žiadosť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**Elokované pracovisko, Lubina 134 ako súčasť ZŠ s MŠ S. Štúra, Lubina 1**

Meno a priezvisko dieťaťa: ...................................................... Rodné číslo:.....................................

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

Trvalý pobyt dieťaťa: .........................................................................................................................

Prechodný pobyt dieťaťa: ..................................................................................................................

Štátna príslušnosť: ........................................................ Národnosť: .................................................

Materinský jazyk: ..............................................................................................................................

Forma organizácie výchova a vzdelávania: *poldenná/celodenná*

Ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami? *áno/nie*

Nástup dieťaťa do MŠ odo dňa: ........................................................................................................

Zákonní zástupcovia dieťaťa:

**Matka**: ...............................................................................................................................................

Trvalý pobyt:......................................................................................................................................

Prechodný pobyt:................................................................................................................................

e-mail: ............................................................................... tel. č. .....................................................

**Otec**: ..................................................................................................................................................

Trvalý pobyt: .....................................................................................................................................

Prechodný pobyt: ...............................................................................................................................

e-mail: .............................................................................. tel. č. ......................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Vyhlasujem, že všetky údaje som uviedol/ -la pravdivo a úplne a že som si vedomý/-á, že nepravdivé alebo neúplné údaje môžu byť použité v môj neprospech pri rozhodovaní o prijatí dieťaťa do MŠ.*

*Odoslaním tejto žiadosti potvrdzujem, že som sa oboznámil/-la s informáciami a právami dotknutej osoby pri poskytovaní osobných údajov podľa čl. 12 – 23 Nariadenia GDPR.*

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

 Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa

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

Dátum prijatia žiadosti: Podpis riaditeľa školy

*\*)*Nehodiace sa prečiarknite

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa absolvovať predprimárne vzdelávanie:

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave 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 a § 3 ods. 1 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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Záznam o očkovaní ............................................................................................................................

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

\*) Nehodiace sa prečiarkni