

ZŠ s MŠ Suchá nad Parnou

Tel. č.: 033/55 801 92

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA DO MATERSKEJ ŠKOLY s vyučovacím jazykom slovenským

podľa § 59 ods. 3, ods. 4 a ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa § 3 ods. 1 až 3 vyhlášky č. 308/2009 o materskej škole

Podpísaní zákonní zástupcovia dieťaťa žiadame o prijatie dieťaťa do Materskej školy

Suchá nad Parnou , s nástupom od.....

Meno a priezvisko dieťaťa.....

dátum narodenia.....miesto narodenia.....

Rodné číslo.....Národnosť.....Štátna príslušnosť.....

Bydlisko:.....PSC.....

Zdravotná poisťovňa/ číslo.....

Meno a priezvisko matky.....

Bydlisko.....tel. č.

Zamestnávateľ a pracovné zadelenie.....

tel. č.

Meno a priezvisko otca.....

Bydlisko.....tel. č.

Zamestnávateľ a pracovné zaradenie

tel. č.

.....

Prihlasujem dieťa na pobyt:

a) celodenný

b) poldenný (desiata, obed)

c) len v určitých dňoch- poldenne, celodenne

Dieťa je/ nie je * samostatné pri stolovaní, sebaobsluže a hygienických návykoch

Prehlasujeme na svoju česť, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a berieme na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov bude rozhodnutie o umiestnení dieťaťa v MŠ zrušené.

Zároveň čestne vyhlasujeme, že budeme dodržiavať školský poriadok materskej školy, riadne a včas uhrádzať príspevok za pobyt dieťaťa v MŠ (školné) a príspevok na stravovanie podľa § 28 zákona NR SR č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní.

Sme si vedomí, že v prípade závažného porušovania školského poriadku materskej školy a neuhradenia príspevku za stravovanie a pobyt dieťaťa v MŠ môže riaditeľka ZŠs MŠ rozhodnúť po predchádzajúcom písomnom upozornení o ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ.

V Suchej nad Parnou dňa.....

Podpisy rodičov/oboch/:

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:

Dieťa je /nie je spôsobilé navštevovať materskú školu.

Absolvoval (neabsolvoval) povinné očkovanie .

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy.....

.....

.....

V Suchej nad.Parnou dňa.....

.....
pečiatka podpis pediatra

Vypĺňa MŠ

Žiadosť prijala dňa.....

číslo žiadosti.....