

Meno žiadateľa:.....

Žiadosť o prijatie dieťaťa do Materskej školy Seňa

Údaje o dieťati:

Meno a priezvisko :.....

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

Rodné číslo : Národnosť:.....

Štátna príslušnosť:..... Bydlisko:.....

Číslo zdravotnej poisťovne:

Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa:

Meno a priezvisko matky:.....

Trvalé bydlisko:.....

Zamestnávateľ a jeho adresa:.....

Telefónny kontakt matky na účely komunikácie:.....

Meno a priezvisko otca :.....

Trvalé bydlisko:.....

Zamestnávateľ a jeho adresa:.....

Telefónny kontakt otca na účely komunikácie:.....

Počet súrodencov v rodine: Výchovný jazyk:.....

Prihlasujem dieťa na pobyt:

- a) celodenný
- b) poldenný

Nástup dieťaťa do MŠ žiadam od

V.....dňa : Podpis zákonných zástupcov dieťaťa.....

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám službukonajúcej učiteľke a po skončení výchovnej starostlivosti ho preberie zákonný zástupca dieťaťa, alebo iná poverená osoba na základe môjho písomného splnomocnenia.

2. Zaväzujem sa, že oznámim riaditeľke materskej školy výskyt infekčnej choroby u dieťaťa, v rodine alebo v najbližšom okolí (tel.číslo MŠ: 055 6962 221).

3. Beriem na vedomie, že podľa § 28 ods.5 zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a v znení neskorších predpisov, zákonný zástupca dieťaťa pravidelne mesačne prispieva na čiastočnú úhradu výdavkov spojených s predprimárnym vzdelávaním, ktorej výšku určuje zriaďovateľ.

Okrem tohto príspevku zákonný zástupca uhrádza mesačne príspevok za stravu.

4. Beriem na vedomie, že ak moje dieťa nebude navštevovať materskú školu dlhšie ako 14 po sebe nasledujúcich dní bez udania dôvodu, môže riaditeľka jeho dochádzku do MŠ ukončiť.

5. Súhlasím, aby osobné údaje dieťaťa boli použité na úradné účely.

.....
Podpis zákonných zástupcov

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa:.....
rodné číslo :bydlisko:.....

Vyjadrenie o zdravotnom stave dieťaťa:

Údaj o povinnom očkovaní (dieťa absolvovalo/neabsolvovalo povinné očkovanie):.....
.....

Alergia na lieky a potraviny, hospitalizácie, lieky, ktoré v súčasnosti užíva, prekonané choroby, z ktorých vyplývajú určité obmedzenia, resp. mala by vedieť o nich učiteľka MŠ. Iné...

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

Dieťa je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve (áno/nie).....

Dátum:.....

Pečiatka a podpis lekára.....