**Materská škola Radatice, Radatice 210, 082 42 Bzenov**

**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**v školskom roku 2022/2023**

Dolu podpísaný zákonný zástupca žiadam o prijatie môjho dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do Materskej školy Radatice, Radatice 210, Bzenov v školskom roku .............../..................... na celodenný/poldenný pobyt od .................................................. .

**Základné údaje dieťaťa**

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

Adresa trvalého pobytu dieťaťa: .....................................................................................................

Dátum narodenia: ....................... Miesto narodenia: ......................... Rodné číslo: ..................................

Národnosť: ............................ Štátne občianstvo: ................... Zdravotná poisťovňa: ..............................

Dieťa toho času navštevuje/nenavštevuje \* MŠ:.................................................................................. --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Zákonný zástupca**

**Meno, priezvisko matky**: ...............................................................................................................................

Trvalé bydlisko: ..............................................................................................................................................

Prechodné bydlisko:.........................................................................................................................................

Kontakt na účely komunikácie (e-mail, tel. č. ):...............................................................................................

**Meno, priezvisko otca**: ....................................................................................................................................

Trvalé bydlisko: .......................................................................................................... ....................................

Prechodné bydlisko............................................................................................................................................

Kontakt na účely komunikácie (e-mail, tel.č.):...................................................................................................

Špeciálne potreby, starostlivosť a obmedzenia dieťaťa: (strava, alergia, zdravotné problémy a iné):

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

\* Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, ak ide o dieťa s diétnym programom, zdravotnými ťažkosťami, predloží jeho zákonný zástupca spolu so žiadosťou o prijatie lekársku dokumentáciu .

**Vyhlásenie zákonného zástupcu:**

1.V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim túto skutočnosť triednemu učiteľovi. Zaväzujem sa, že oznámim ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

2. Beriem na vedomie, že na základe opakovaného porušenia Školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o ukončení dochádzky do školy.

3. Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov MŠ v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a príspevku na stravovanie v materskej škole (§ 28 ods. 5, 6 a § 140 ods. 9,10 zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a VZN 2/2019 Obce Radatice o povinnom príspevku na pobyt dieťaťa v materskej škole.

**Informovaný súhlas zákonného zástupcu**

Svojím podpisom potvrdzujem, že v zmysle zákona č. 245/2008 Z. z. som bol/a informovaný/á a riadne poučený/á o dôsledkoch môjho súhlasu o spôsobe prijatia môjho dieťaťa (uvedeného vyššie v tejto žiadosti). Som si vedomý/á, že ak moje dieťa nastúpi na inú materskú školu, musím to neodkladne oznámiť riaditeľstvu školy.

V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dávame súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy.

**Prehlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a úplné.**

V Radaticiach dňa: ................................

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

podpis zákonného zástupcu

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

podpis zákonného zástupcu

Prijala dňa: .............................................. Podpis riaditeľky MŠ:...................................................

Číslo: ...................................................

MŠ: ...................................................

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti** (podľa §24 ods.7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

|  |
| --- |
| **Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťa**  Meno a priezvisko dieťaťa: ...............................................................................................  Dátum narodenia: ...............................................................................................................  Adresa trvalého pobytu: .....................................................................................................  Dieťa je **spôsobilé** navštevovať materskú školu áno / nie  Absolvovalo všetky  **povinné očkovanie**: áno / nie  Alergie alebo iné závažné skutočnosti, ktoré považujete za dôležité uviesť:  Odporučenie všeobecného lekára  ........................................... ...........................................  Dátum vydania potvrdenia: pečiatka a podpis lekára |

Potvrdenie prijaté MŠ dňa: