**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Materská škola Dolné Plachtince, Dolné Plachtince 95, 991 24 Dolné Plachtince

............................................................................................ *uvedie sa požadovaný dátum prijatia dieťaťa do materskej školy*

1. **Údaje dieťaťa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno** | **Priezvisko** | **Rodné priezvisko** |
| **Dátum narodenia** |  |
| **Miesto narodenia** |  |
| **Adresa trvalého pobytu**Ulica a číslo:Obec/mesto: PSČ: Štát:  |
| **Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)[[1]](#footnote-1))** Ulica a číslo:Obec/mesto: PSČ: Štát: |
| **Rodné číslo**  |
| **Štátna príslušnosť**  |
| **Národnosť**  |
| **Primárny**[[2]](#footnote-2)) **materinský jazyk**  |
| **Iný**[[3]](#footnote-3)) **materinský jazyk**  |

1. **Údaje zákonných zástupcov dieťaťa alebo zástupcu zariadenia**

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Meno** | **Priezvisko** |  | **Titul** |
| Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cud | zinca: |  |
| **Miesto narodenia** |  |
| **Adresa bydliska**Ulica a číslo:  |  PSČ:  |
| Obec/mesto:  |  Štát:  |
| **Kontakt na účely komunikácie**[[4]](#footnote-4))Korešpondenčná adresa[[5]](#footnote-5)) Ulica a číslo:  |  PSČ:  |
| Obec/mesto: Číslo elektronickej schránky (v tvare E00000000 |  Štát:0): |
| Telefón:  |  Email: |
| Vzťah voči dieťaťu (označte): Otec  |   |  Matka  |   |  iný  |  | Uveďte aký:[[6]](#footnote-6))  |

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Meno** | **Priezvisko** |  | **Titul** |
| Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cud | zinca: |  |
| **Miesto narodenia** |  |
| **Adresa bydliska**Ulica a číslo:  |  |
|  PSČ: |  |  |  |  |  |  |
| Obec/mesto:  |  Štát:  |
| **Kontakt na účely komunikácie**4)Korešpondenčná adresa5) Ulica a číslo:  |  PSČ:  |
| Obec/mesto: Číslo elektronickej schránky (v tvare E00000000 |  Štát:0): |
| Telefón:  |  Email: |
| Vzťah voči dieťaťu (označte): Otec  |   |  Matka  |   |  iný  |  | Uveďte aký:6)  |

**ZÁSTUPCA ZARIADENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno** | **Priezvisko** |  |  | **Titul** |
| **Názov zariadenia:**IČO: |  |  |
| **Adresa zariadenia**Ulica a číslo:  |   |  PSČ:  |
| Obec/mesto:  |   | Štát:  |
| Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):Telefón:  |   | Email: |

1. **Doplňujúce údaje**

Žiadam o prijatie dieťaťa na

 poldennú výchovu a vzde lávanie celodennú výchovu a vzdelávanie

Predprimárne vzdelávanie žiadam dieťaťu poskytovať v[[7]](#footnote-7))

 slovenskom jazyku jazyku príslušnej národnostnej menšiny[[8]](#footnote-8)) ..................................................... inom jazyku8) .................................................................................................

Podľa § 28b ods. 2 písm. b) školského zákona mám záujem požiadať o individuálne vzdelávanie dieťaťa, ktoré bude prijaté na povinné predprimárne vzdelávanie

 áno nie

**Poznámka**[[9]](#footnote-9)):

|  |
| --- |
|   |

**D. Poučenie o ochrane osobných údajov**

Osobné údaje uvedené v tejto žiadosti sa získavajú a spracúvajú podľa § 11 ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na účely výchovy a vzdelávania a aktivít v čase mimo vyučovania.

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

 podpis zákonného zástupcu 1

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

 podpis zákonného zástupcu 2

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

 podpis zástupcu zariadenia

# Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

*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 podľa § 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*

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

**Rodné číslo dieťaťa:** ..........................................................................................................................................................................

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

**Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:**

**Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa:**

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

.......................................................................... pečiatka a podpis všeobecného lekára

pre deti a dorast

**Vyjadrenie zariadenia poradenstva a prevencie**

# k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením/s nadaním[[10]](#footnote-10)) do materskej školy

*podľa § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých*

*zákonov v znení neskorších predpisov*

**Názov zariadenia poradenstva a prevencie:** ..................................................................................................................................

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

**Rodné číslo dieťaťa:**  .........................................................................................................................................................................

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

**Vyjadrenie k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením/s nadaním\*) na predprimárne vzdelávanie v materskej škole:**

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

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

Titul, meno a priezvisko štatutárneho orgánu zariadenia poradenstva a prevencie, pečiatka a podpis

# Odporučenie všeobecného lekára pre deti a dorast k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením do materskej školy[[11]](#footnote-11))

*podľa § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých*

*zákonov v znení neskorších predpisov*

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

**Rodné číslo dieťaťa:**  .........................................................................................................................................................................

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

**Odporučenie k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením na predprimárne vzdelávanie v materskej škole:**

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

.......................................................................... pečiatka a podpis všeobecného lekára pre deti a dorast

1. ) Vypĺňa sa v prípade, ak sa miesto, kde sa dieťa obvykle zdržiava, nezhoduje s adresou trvalého pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. ) Primárny materinský jazyk je jazyk, ktorý si dieťa najlepšie osvojilo v ranom detstve a najčastejšie ním komunikuje v prostredí, v ktorom žije. Primárny materinský jazyk nemusí byť jazykom matky dieťaťa. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) Iný materinský jazyk je jazyk, ktorý dieťa používa v prostredí, v ktorom žije, popri primárnom materinskom jazyku. [↑](#footnote-ref-3)
4. ) Uvedie sa kontakt, ktorý preferuje zákonný zástupca na účely komunikácie. Jeden údaj je povinný; vypĺňa sa aj vtedy, ak zákonný zástupca nepoužíva elektronickú schránku. [↑](#footnote-ref-4)
5. ) Uvádza sa vtedy, ak sa korešpondenčná adresa nezhoduje s adresou bydliska. [↑](#footnote-ref-5)
6. ) Napr.: Iná fyzická osoba než zákonný zástupca, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, alebo zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva ústavná starostlivosť, neodkladné opatrenie alebo výchovné opatrenie na základe rozhodnutia súdu. [↑](#footnote-ref-6)
7. ) Uveďte len jednu možnosť. [↑](#footnote-ref-7)
8. ) Uveďte konkrétny jazyk. [↑](#footnote-ref-8)
9. ) Zákonný zástupca/zástupca zariadenia môže uviesť doplňujúce informácie týkajúce sa dieťaťa (napr. zdravotné obmedzenia, návyky dieťaťa alebo iné informácie rozhodujúce pre vzdelávanie dieťaťa), príp. informáciu o tom, či dieťa: 1. v aktuálnom čase navštevuje inú materskú školu; 2. žiada o prijatie aj do inej/iných materských škôl; 3. má v materskej škole staršieho súrodenca atď. [↑](#footnote-ref-9)
10. ) Nehodiace sa prečiarknuť. [↑](#footnote-ref-10)
11. ) Toto vyjadrenie môže byť aj súčasťou potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa. [↑](#footnote-ref-11)