**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Materská škola, Eötvösova ul. 64, Komárno

Požadovaný dátum prijatia dieťaťa do materskej školy....................................................................

1. **Údaje dieťaťa**

|  |
| --- |
| **Meno a 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, 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 a priezvisko: | | | | Titul | | | |
| Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca: | | | | | | | |
| Miesto narodenia | | | | | | | |
| Adresa bydliska  Ulica a číslo, PSČ: | | | | | | | |
| Obec/mesto, PSČ, Štát: | | | | | | | |
| Kontakt na účely komunikácie[[4]](#footnote-4))  Korešpondenčná adresa[[5]](#footnote-5))  Ulica a číslo: | | | | | | | |
| Obec/mesto:  Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):  Štát: | | | | | | | |
| Telefón:  Email: | | | | | | | |
| Vzťah voči dieťaťu (označte): Otec |  | Matka |  | | iný |  | Uveďte aký:[[6]](#footnote-6)) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 2**  Meno a priezvisko: | | | | | | | Titul |
| Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca: | | | | | | | |
| Miesto narodenia | | | | | | | |
| Adresa bydliska, Ulica, číslo, PSČ: | | | | | | | |
| Obec/mesto, PSČ, Štát: | | | | | | | |
| Obec/mesto:  Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):  Štát: | | | | | | | |
| Telefón:  Email: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Vzťah voči dieťaťu (označte): Otec |  | Matka |  | iný |  | Uveďte aký:[[7]](#footnote-7)) | |

**ZÁSTUPCA ZARIADENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko: Judita Nagy Ortuta** | **Titul: PaedDr.** |
| **Názov zariadenia: Materská škola, Eötvösova ul. 64, Komárno** | |
| **Adresa zariadenia**  Ulica a číslo: Eötvösova ul. 64, PSČ: 94501 | |
| Obec/mesto, Štát: Komárno, Slovensko | |
| Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):  Telefón: 0357730865  Email: mseotvosa64@komarno.sk | |

1. **Doplňujúce údaje**

* Žiadam o prijatie dieťaťa na: a) poldennú výchovu a vzdelávanie b) celodennú výchovu a vzdelávanie
* Predprimárne vzdelávanie žiadam dieťaťu poskytovať v slovenskom jazyku: áno nie
* 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**[[8]](#footnote-8)):

**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:** dieťa je spôsobilé / nespôsobilé navštevovať MŠ

Psychický vývin: ...........................................................................................................................................

Fyzický vývin:...............................................................................................................................................

Alergie, iné závažné problémy: ....................................................................................................................

**Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa: Povinné očkovanie absolvovalo:** Áno / Nie

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

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

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

pečiatka a podpis všeobecného lekára pre deti a dorast

**Vyjadrenie zariadenia poradenstva a prevencie**

# k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením/s nadaním[[9]](#footnote-9)) 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[[10]](#footnote-10))

*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. ) 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-7)
8. ) 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-8)
9. ) Nehodiace sa prečiarknuť. [↑](#footnote-ref-9)
10. ) Toto vyjadrenie môže byť aj súčasťou potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa. [↑](#footnote-ref-10)