

Evanjelická materská škola Dr. Filipa Melanchtona
Tupolevova 20, 851 01 Bratislava

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa

Adresa trvalého pobytu

*Adresa miesta, kde sa dieťa trvalo zdržiava.....

Dátum narodenia Rodné číslo

Miesto narodenia Vierovyznanie

NárodnosťŠtátne občianstvo

Názov a číslo zdravotnej poisťovne

Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa

Titul, meno, priezvisko (otca).....

Adresa trvalého pobytu.....

*Adresa miesta, kde sa ZZ dieťaťa trvalo zdržiava.....

Zamestnávateľ.....

Tel. čísloE-mail

Titul, meno, priezvisko (matky).....

Adresa trvalého pobytu

*Adresa miesta, kde sa ZZ dieťaťa trvalo zdržiava

Zamestnávateľ.....

Tel. čísloE-mail

Počet súrodencov Ich vek

❖ Dieťa navštevovalo/nenavštevovalo MŠ / ktorú, odkedy - dokedy/
.....

❖ Dieťa má v EMŠ súrodencia: áno - nie

❖ Záväzný nástup dieťaťa do EMŠ žiadam(e) od dňa:

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO/ÝCH ZÁSTUPCU/OV

Potvrdzujem/e pravdivosť údajov a beriem/e na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií alebo ďalších skutočností, ktoré nie sú v súlade s platnou legislatívou, môže byť rozhodnutie o prijatí dieťaťa do Evanjelickej materskej školy zrušené.

Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne a v určenom termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov v materskej škole v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do Evanjelickej materskej školy.

Prehlasujem/e, že dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky školského poriadku, ktoré sú v súlade s psychohygienickými zásadami vývoja dieťaťa predškolského veku.

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť riaditeľke (triednej učiteľke) Evanjelickej materskej školy. Ďalej sa zaväzujem(e), že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa, či ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle §11 písm. 7 školského zákona.

V dňa

Podpisy oboch zákonných zástupcov

Dátum prijatia žiadosti, podpis zamestnanca EMŠ

Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č.355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č.306/2008 Z.z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z.z.

- ❖ Dieťa: **je** fyzicky a psychicky spôsobilé.
nie je fyzicky a psychicky spôsobilé.
- ❖ Dieťa: **je** spôsobilé navštevovať materskú školu.
nie je spôsobilé navštevovať materskú školu.
- ❖ Dieťa **absolvovalo / neabsolvovalo** všetky povinné očkovania.

V dňa

Pečiatka a podpis lekára

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

- ❖ Nehodí sa prečiar knite.