

Základná škola s materskou školou Krajné, Krajné 173, 916 16 Krajné

Číslo žiadosti

Dátum

Žiadosť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa

Rodné priezvisko Rodné číslo

Dátum narodenia Miesto narodenia

Národnosť Štátna príslušnosť

Bydlisko* PSČ

Adresa trvalého pobytu dieťaťa

Materinský jazyk

Titul, meno a priezvisko matky

Bydlisko* PSČ

Druh pobytu Rodné priezvisko

Kontakt na účely komunikácie: **tel. č.** **email**

Titul, meno a priezvisko otca

Bydlisko* PSČ

Druh pobytu Rodné priezvisko

Kontakt na účely komunikácie: **tel. č.** **email**

*uvádza sa adresa trvalého pobytu alebo miesta, kde sa dieťa /zákonný zástupca/ obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu

Žiadam prijať dieťa na predprimárne vzdelávanie od (dátum) na:

a) Celodennú výchovu a vzdelávanie – desiata, obed, olovrant

b) Poldennú výchovu a vzdelávanie – desiata, obed

Vyučovací jazyk, v ktorom má byť predprimárne vzdelávanie poskytované

Vyjadrenie zákonného /ých/zástupcu /ov/ dieťaťa

Prehlasujem/e/, že všetky údaje v žiadosti a informácie o zdravotnom stave dieťaťa sú pravdivé a beriem/e/ na vedomie, že prípadné zistenia nepravdivých údajov a informácií môžu viesť k rozhodnutiu o prerušení, prípadne predčasnom skončení predprimárneho vzdelávania.

Zároveň sa zaväzujem /e/, že písomne oznámim/e/ zmenu zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, jeho zdravotných problémoch a iných závažných skutočnostiach, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania.

Ako dotknutá osoba v zmysle § 9 zákona č. 122/2013 Z. z. dávame súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v rozsahu podľa § 11 ods. 6 písm.

a) prvého až šiesteho bodu a písm. b) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon).

.....
Podpis zákonného zástupcu dieťaťa – matka

.....
Podpis zákonného zástupcu dieťaťa – otec

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)

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast

Meno a priezvisko dieťaťa

Dátum narodenia Rodné číslo

Celkový zdravotný stav dieťaťa vzhľadom k veku (alergie, príp. iné závažné ochorenia alebo obmedzenia, dieťa so zdravotne znevýhodnením, dieťa so ŠVVP.....)

.....
.....

Údaj o povinnom očkovaní

*Dieťa **je** plienkované / **nie** je plienkované

*Dieťa **komunikuje/nekommunikuje**

Potvrdzujem, že dieťaťu neboli diagnostikované žiadne ochorenia, ktoré by neumožňovali jeho prijatie do materskej školy a ktoré by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v materskej škole.

*Dieťa **je** zdravotne spôsobilé absolvovať predprimárne vzdelávanie v bežnej materskej škole

*Dieťa **nie je** zdravotne spôsobilé absolvovať predprimárne vzdelávanie v bežnej materskej škole

Dátum vydania potvrdenia

.....

pečiatka a podpis všeobecného lekára
pre deti a dorast

*nehodí sa prečiarknite

Poznámka:

Pre úspešné absolvovanie predprimárneho vzdelávania každého dieťaťa je nevyhnutné, aby **potvrdenie** o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa **obsahovalo všetky dôležité skutočnosti o zdravotnom stave dieťaťa**, ktoré môžu mať vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia dieťaťa pri jeho predprimárnom vzdelávaní, ako aj vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia ostatných detí, ktoré sú vzdelávané v príslušnej materskej škole.