**Z á k l a d n á š k o l a s  m a t e r s k o u š k o l o u H o r n á S t r e d a**

|  |  |
| --- | --- |
| PSČ: 916 24 | tel.: 032/ 777 31 75 |

 Ž I A D O S Ť

 o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa..........................................................nar...............................

Rodné číslo......................................číslo zdravotnej poisť.............................................

Národnosť.......................................Štátna príslušnosť....................................................

Bydlisko/adresa/..............................................................................................................

Tel.číslo...................................................Mobil..............................................................

Údaje zákonných zástupcov :

Meno a priezvisko matky............................................bydlisko........................................

Adresa zamestnávateľa..............................................................tel.číslo...........................

Meno a priezvisko otca.................................................bydlisko......................................

Adresa zamestnávateľa..............................................................tel.číslo...........................

Uviesť záväzný dátum nástupu do MŠ.............................................................................

Vyhlásenie rodičov :

 Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú

úhradu výdavkov materskej školy v zmysle §28 ods.3 zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN obce Horná Streda č.39/2008 zo dňa 10.09. 2008.

Podpis rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa/:.................................dátum........................

 L E K Á R S K A  S P R Á V A  O   D I E Ť A T I

 Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR

 č. 355 /2001 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole

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

Dátum narodenia................................................rodné číslo..............................................

Bydlisko.............................................................................................................................

Dg.......................................................................................................................................

Alergia a iné ochorenia......................................................................................................

Zdravotný stupeň : I. II. III. IV. /vyznačiť stupeň /

Iné obmedzenia a nálezy....................................................................................................

Dátum:...................................  Pečiatka a podpis lekára:

Dátum prijatia....................................Evidenčné číslo žiadosti.........................................