*Základná škola s materskou školou sv. Jána Pavla II., Osloboditeľská 27, Bratislava*

**Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy**

Údaje sú spracované v súlade so školským zákonom 245/2008 Z.z. a zákonom o ochrane osobných údajov

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **údaje o dieťati** | | | | |
| **meno a priezvisko** | |  | | |
| **dátum narodenia** | |  | | |
| **rodné číslo** | |  | | |
| **miesto narodenia** | |  | | |
| **národnosť** |  | | **štátna príslušnosť** |  |
| **trvalé bydlisko**  (ulica, mesto, psč) | |  | | |
| **adresa, kde sa dieťa zdržiava**  (ak je iná ako trvalé bydlisko) | |  | | |
| **údaje o matke žiaka** | | | | |
| **meno a priezvisko** | |  | | |
| **trvalé bydlisko**  (ak je iné ako u dieťaťa) | |  | | |
| **korešpondenčná adresa**  (ak je iná ako trvalé bydlisko) | |  | | |
| **e-mail** | |  | | |
| **telefón** | |  | | |
| **údaje o otcovi žiaka** | | | | |
| **meno a priezvisko** | |  | | |
| **trvalé bydlisko**  (ak je iné ako u dieťaťa) | |  | | |
| **korešpondenčná adresa**  (ak je iná ako trvalé bydlisko) | |  | | |
| **e-mail** | |  | | |
| **telefón** | |  | | |
| **iný zákonný zástupca** | | | | |
| **meno a priezvisko** | |  | | |
| **trvalé bydlisko**  (ak je iné ako u dieťaťa) | |  | | |
| **korešpondenčná adresa**  (ak je iná ako trvalé bydlisko) | |  | | |
| **e-mail** | |  | | |
| **telefón** | |  | | |
| **ďalšie údaje** | | | | |
| **nástup dieťaťa žiadam od** | |  | | |
| **prihlasujem dieťa na**  nehodiace sa škrtnite | | *celodenná výchova a vzdelávanie* (desiata, obed, olovrant)  *poldenná výchova a vzdelávanie* (desiata, obed) | | |
| **požadovaný výchovný jazyk** | |  | | |
| **ďalšie poznámky,**  **ktoré chcete doplniť** | |  | | |

podpis matky: ............................... podpis otca: ................................. iný z. zástupca: ...........................

v Bratislave dňa .................................

***Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa***

*meno a priezvisko dieťaťa:* ...........................................................................................................

*dátum narodenia:* ..........................................................................................................................

dieťa *absolvovalo – neabsolvovalo*\* povinné očkovanie

dieťa je *spôsobilé – nespôsobilé*\* absolvovať predprimárne vzdelávanie

závažné zdravotné problémy dieťaťa, o ktorých by mala MŠ vedieť (napr. epilepsia, cukrovka, alergie, ...): .......................................................................................................................................... ............................................................................................................................................................ .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ďalšie 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 sa vzdelávajú v príslušnej materskej škole:

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

V .................................. dňa: ..................... ................................................

pečiatka a podpis pediatra

*\* nehodiace sa prečiarknuť*