**MATERSKÁ ŠKOLA DRIENOVSKÁ NOVÁ VES 1**

[**materskaskoladnv@centrum.sk**](mailto:materskaskoladnv@centrum.sk) **Tel: 051 7797224**

**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

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

Dátum narodenia: ............................................Miesto narodenia: ..............................................

Národnosť: ......................... Štátne občianstvo: ............................Rodné číslo: .........................

|  |  |
| --- | --- |
| **Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa / rodičoch** | |
| **OTEC**  Titul, meno a priezvisko:  bydlisko:  telefónny kontakt: | **MATKA**  Titul, meno a priezvisko:  bydlisko:  telefónny kontakt: |
| E-mailový kontakt: | |
| Adresa pobytu dieťaťa, ak nebýva u zákonných zástupcov / rodičov: | |

Uviesť záväzný **dátum nástupu** do materskej školy: ................................................................

Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok za pobyt dieťaťa v materskej škole určený na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle zákona NR SR č. 245/2008 Z .z. a poplatok za stravu.

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

Dátum podania žiadosti Podpisy oboch zákonných zástupcov

**Ako dotknutá osoba, resp. zákonný zástupca podľa zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov, svojím podpisom dávam súhlas Materskej škole Drienovská Nová Ves na spracovanie vyššie uvedených údajov na vymedzený účel po celú dobu dochádzky dieťaťa do MŠ.**

|  |
| --- |
| **Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:**  Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa 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.  Dieťa je telesne a duševne zdravé ÁNO NIE  Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve ÁNO NIE  Absolvovalo všetky povinné očkovania ÁNO NIE  Dátum vydania potvrdenia:.................................... pečiatka a podpis lekára .......... |