**MATERSKÁ ŠKOLA DRIENOVSKÁ NOVÁ VES 1**

**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 NIEJe zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve ÁNO NIEAbsolvovalo všetky povinné očkovania ÁNO NIEDátum vydania potvrdenia:.................................... pečiatka a podpis lekára ..........  |