

MATERSKÁ ŠKOLA, Dobrá 1103, 914 01 Trenčianska Teplá

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

Meno dieťaťa..... dátum narodenia..... miesto narodenia.....

Rodné číslo názov zdravotnej poisťovne.....

Adresa trvalého bydliska.....

Meno a priezvisko otca č. tel. otca.....

Adresa zamestnávateľa a pracovné zaradenie

Meno a priezvisko matky č. tel. matky.....

Adresa zamestnávateľa a pracovné zaradenie

V akom jazyku rodič požaduje zabezpečiť výchovu a vzdelávanie v MŠ.....

Prihlasujem dieťa na pobyt :

a) celodenný, b) poldenný (desiaty a obed), c) poldenný (obed a olovrant)

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods.6 zákona NR SR č.245/2008 o výchove a vzdelávaní /školský zákon/ a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s dodatkom č.4 k VZN obce Trenčianska Teplá č.2/2008 ,ktorým sa určuje výška mesačného príspevku na čiastočnú úhradu nákladov spojených s činnosťou škôl a školských zariadení v zriaďovateľskej pôsobnosti Obce Trenčianska Teplá od 1.1.2013 vo výške 11,00 € mesačne.

V zmysle zákona č. 428/2002 Z.z o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov súhlasím s použitím a spracovaním osobných údajov pre potreby materskej školy, zdravotnej starostlivosti a poistenia dieťaťa.

dátum..... podpis matky

otca ,

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa a jeho spôsobilosti 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 (v zmysle § 3 ods.3 vyhlášky MŠ SR č 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky č.308/2009 Z. z.). O prijatí dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami do MŠ rozhoduje riaditeľ MŠ po predložení vyjadrení príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a vyjadrení všeobecného lekára pre deti a dorast a odborného lekára. Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

dátum..... pečiatka a podpis lekára.....