



## Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa..... dátum narodenia.....

Rodné číslo..... miesto narodenia ..... zdravotná poisťovňa .....

Adresa trvalého pobytu alebo adresa miesta, kde sa dieťa zdržiava .....

Štátna príslušnosť: ..... národnosť: .....

Ďalšie dôležité údaje o dieťati (zdravotné znevýhodnenie, iný stravovací režim a pod.) .....

.....  
Materská škola (adresa ).....

Závazný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy.....

Meno a priezvisko otca .....

Adresa trvalého pobytu .....

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu

..... Kontakt na účely komunikácie: .....

Meno a priezvisko matky.....

Adresa trvalého pobytu .....

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu

..... Kontakt na účely komunikácie: .....

### Vyhlásenie zákonného zástupcu

- Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s VZN Mesta Ružomberok č. 4/2019.
- V zmysle zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím s použitím a spracovaním osobných údajov.
- Vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.

Dátum: ..... Podpis obidvoch rodičov/zákon. zástupcov .....

### Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní 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.

Meno dieťaťa: ..... dátum narodenia: .....

\*Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu      nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Poznámka lekára: .....

\*) Nehodiace prečiarknite

dátum, pečiatka a podpis lekára

Žiadosť podaná dňa: ..... ev. č. .... zapísala: .....