

Materská škola Bzenica č. 193 , Bzenica

Kontakt : 045/6769151, danakacakova@azet.sk

Žiadosť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Podpísaný /á/ žiadam o prijatie svojho dieťaťa do Materskej školy Bzenica č. 193

od20.....

Meno a priezvisko dieťaťa :

Dátum a miesto narodenia: Rodné číslo :

Štátna príslušnosť : Národnosť :

Bydlisko – trvalý pobyt :

Zákonný zástupca dieťaťa / otec /

Meno a priezvisko :

Trvalé bydlisko :

Telefón : email :

Zákonný zástupca dieťaťa / matka /

Meno a priezvisko :

Trvalé bydlisko :

Telefón : email :

Prihlasujem dieťa na formu výchovy a vzdelávania: / správne podčiarknite /

Celodennú (desiata, obed, olovrant)

Poldennú (desiata, obed)

Požadovaný výchovný jazyk: slovenský

Navštevovalo MŠ (uviesť ktorú a odkedy do kedy) _____ / správne podčiarknite /

Nenavštevovalo MŠ

Počet súrodencov v rodine:/ rok narodenia.....

V používaní lyžice, pije samostatne, používanie toalety je dieťa: / správne podčiarknite /

samostatné

nesamostatné

Dátum : Podpis oboch zákonných zástupcov :/.....

Povinná príloha k žiadosti o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Vyjadrenie

všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa

Dátum narodenia :

Bydlisko :

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa 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 a § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 308 / 2009 Z. z. , ktorou sa mení vyhláška č. 306 / 2008 Z. z. o materskej škole.

Dieťa netrpí žiadnou chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v MŠ alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v MŠ zúčastňujú. Potvrdzujem, že dieťa je fyzicky i psychicky **spôsobilé** / **nespôsobilé** navštevovať MŠ. Upozorňujem na: alergie, ochorenie, ktoré si vyžaduje pri poskytnutí prvej pomoci podať liek, iné ochorenia:

Vyjadrenie lekára :

.....

Údaje o povinnom očkovaní :

.....

Dátum :

Pečiatka a podpis :

