



MINILANDIA s.r.o., Nová 341/2, 010 03 Žilina

ŽIADOSŤ
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie
do súkromnej materskej školy

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Rodné číslo: Zdravotná poisťovňa:

Národnosť: Štátna

príslušnosť:

Adresa trvalého pobytu:

PSČ:

Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu):

.....

Zákonní zástupcovia dieťaťa:

Meno a priezvisko matky:

Adresa trvalého pobytu:

PSČ:

Adresa miesta, kde sa matka obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého bydliska):

.....

E-mail: Telefónne číslo:

Meno a priezvisko otca:

Adresa trvalého pobytu:

PSČ:

Adresa miesta, kde sa otec obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu):

.....

E-mail: Telefónne číslo:

Žiadam prijať dieťa do SMSŤ na: a) celodenný pobyt (desiata, obed, olovrant)

b) poldenný pobyt (desiata, obed)

c) poldenný pobyt (obed, olovrant)

Žiadam / nežiadam prijať dieťa na adaptačný pobyt v SMŠ.

Závazný nástup dieťaťa žiadam(e) od dňa:

Čestné vyhlásenie:

Vyhlasujem(e), že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, vrátane zdravotného stavu dieťaťa, sú pravdivé a beriem(e) na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov bude rozhodnutie o umiestnení dieťaťa v SMŠ MINILANDIA zrušené.

Zároveň **dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov** dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy.

.....

..

Dátum vyplnenia žiadosti

podpis matky

podpis otca

Vyplní SMŠ

Evidenčné číslo žiadosti:

Školský rok:

Žiadosť prijatá dňa

Podpis riaditeľky:

Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave 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. 306/2008 Z.z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z.z.

Meno a priezvisko dieťaťa: Dátum narodenia:

Dieťa:

- je spôsobilé / spôsobilé s obmedzeniami / nespôsobilé navštevovať SMŠ:

Ak ide o obmedzenia, uviesť aké

.....

- absolvovalo / neabsolvovalo všetky povinné očkovania

- má alergie / nemá alergie

Ak má dieťa alergie, uviesť

aké:

.....

- Iné závažné

problémy:

.....

Dátum:

.....

Pečiatka a podpis lekára

