**Základná škola s materskou školou, Školská 4, Chorvátsky Grob**

**Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa:**

................................................................................................................................................................................................................................Meno a priezvisko matky (resp. zákonn. zástupcu určeného súdom) adresa trvalého bydliska podľa OP (ulica, číslo, PSČ, obec/mesto)

...............................................................................................................................................................................................................................ttel. kontakt na matku e-mail

................................................................................................................................................................................................................................Meno a priezvisko otca(resp. zákonn. zástupcu určeného súdom) adresa trvalého bydliska podľa OP (ulica, číslo, PSČ, obec/mesto)

................................................................................................................................................................................................................................ tel. kontakt na otca e-mail

**Žiadosť o prijatie na predprimárne vzdelávanie**

Meno a priezvisko dieťaťa .............................................................................................Rodné číslo ...........................................

Dátum a miesto narodenia ...........................................................................................Štátna príslušnosť...................................

Zdravotná poisťovňa/ číslo ..............................................................................................Národnosť ............................................

Adresa trvalého bydliska ...............................................................................................................................................................

**Vyhlásenie zákonného(ých) zástupcu(ov)**

* Dieťa je/ nie je samostatné pri stolovaní, sebaobsluhe a hygienických návykoch.
* V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť zástupkyni (triednemu učiteľovi) materskej školy. Ďalej sa zaväzujem(e), že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.
* Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ školy rozhodnúť o predčasnom ukončení dochádzky dieťaťa do materskej školy.
* Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným VZN obce Chorvátsky Grob.Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle § 11 ods.7 školského zákona.

.......................................................................................................................................................................................................Podpis/ y zákonného/ ých zástupcu/ ov

.......................................................................................................................................................................................................Meno zákonného zástupcu, s ktorým bude škola prvotne komunikovať,  jeho korešpondenčná adresa na doručenie písomností a e-mailová adresa

Podpísaný zákonný zástupca čestne prehlasujem, že druhý zákonný zástupca dieťaťa je oboznámený s vyššie uvedenými skutočnosťami a súhlasí s prihlásením dieťaťa do materskej školy pri ZŠ s MŠ Chorvátsky Grob (iba v prípade podpísania žiadosti jedným zákonným zástupcom dieťaťa).

 ..............................................................................

............................................................................. .............................................................................. Dátum prijatia žiadosti Podpis zástupkyne pre MŠ/ príp. riaditeľky školy

**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.

Dieťa je/ nie je spôsobilé navštevovať materskú školu.

Absolvovalo/ neabsolvovalo všetky povinné očkovania.

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy ...........................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

Dátum ............................................................ Pečiatka a podpis lekára .......................................................................................

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.