**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Podpísaný/á žiadam o prijatie svojho dieťaťa do Súkromnej materskej školy, Jesenského 10246/1A, 036 01 Martin

**od.....................20..........**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko dieťaťa:** | **Dátum narodenia:****Rodné číslo:** |
| **Miesto narodenia:****Národnosť:****Štátna príslušnosť:** | **Názov zdravotnej poisťovne:** |
| **Trvalý pobyt:****Súp. číslo domu: Orient. číslo domu:** | **Prechodný pobyt:** |
| **Zákonný zástupca dieťaťa** (meno, priezvisko, trvalý pobyt, tel. číslo, e-mail)**Matka:** | **Zákonný zástupca dieťaťa** (meno, priezvisko, trvalý pobyt, tel. číslo, e-mail)**Otec:** |
| **Požadovaný výchovný jazyk: slovenský □ iný (uviesť aký):** |
| **Dieťa (zaškrtnite)****□ Navštevovalo MŠ (uviesť ktorý a od kedy do kedy) .....................................................................****□ Nenavštevovalo MŠ****Počet súrodencov v rodine: ....................... / rok narodenia: ....................................................****V používaní lyžice, pije samostatne, používanie toalety je dieťa: □ samostatné** **□ nesamostatné** |
| **Prihlasuje dieťa na formu výchovy a vzdelávania: □ Celodenná (desiata, obed, olovrant)****□ Poldennú (desiata, obed)** |
| **Žiadosť podaná v Martine, dňa: ............................................****Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa:****Matka: ............................................................. Otec: ...............................................................** |
| ***Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra****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 spôsobilé/nespôsobilé navštevovať MŠ.*** *Upozorňujem na:**alergie, ochorenie, ktoré si vyžaduje pri poskytnutí prvej pomoci podať liek, iné ochorenia:****Údaje o povinnom očkovaní:*****................................................... .........................................................** **dátum pečiatka a podpis lekára** |