**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** | |