

Ž I A D O S Ť
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do MŠ

ÚDAJE O DIEŤATI

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum a miesto narodenia:

Rodné číslo:

Názov a číslo zdrav. poisťovne:

Štátna príslušnosť:

Národnosť:

Materinský jazyk:

Adresa trvalého bydliska, PSČ:

ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI – OTEC

Titul, meno a priezvisko otca:

Adresa trvalého bydliska, PSČ:

Zamestnávateľ (ak je zamestnaný):

Tel. kontakt:

email:

ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI – MATKA

Titul, meno a priezvisko matky:

Adresa trvalého bydliska, PSČ:

Zamestnávateľ (ak je zamestnaná):

Tel. kontakt:

email:

PREHLÁSENIE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV DIEŤAŤA

1. Prehlasujem(e) a svojim podpisom potvrdzujem(e), že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a materskú školu som /sme ničím neuviedli do omylu.

2. V prípade nepravdivých údajov má materská škola právo vylúčiť dieťa z MŠ Richvald.

.....
dátum

.....
meno, priezvisko otca a podpis zákonného zástupcu

.....
dátum

.....
meno, priezvisko matky a podpis zákonného zástupcu

Podpísaní rodičia (zákonní zástupcovia) žiadame o prijatie nášho dieťaťa do MŠ Richvald, Richvald 85, v školskom roku:od:

- *Prihlasujem dieťa na pobyt: a) celodenný
b) poldenný
c) adaptačný pobyt
d) diagnostický pobyt

**)nehodí sa prečiarknu*

Vyplní materská škola:

Číslo žiadosti

Dátum prijatia

Pečiatka a podpis riad. MŠ:.....

Vyhlásenie zákonného zástupcu

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám službukonajúcej učiteľke a po skončení výchovno-vzdelávacích činností ho preberie zákonný zástupca, alebo iná poverená osoba na základe môjho písomného splnomocnenia.
2. Písomne vyhlasujem, že všetky písomnosti spojené s prijímaním dieťaťa do MŠ Richvald bude podpisovať a rozhodnutia týkajúce sa MŠ žiadame doručovať len jednému z rodičov (meno, priezvisko a adresa otca alebo mamy)
3. Zaväzujem sa
 - že oznámim riaditeľke MŠ výskyt infekčnej choroby v rodine dieťaťa alebo v najbližšom okolí;
 - riadiť školským poriadkom predmetnej školy (v prípade porušovania školského poriadku školy môže riaditeľka školy po predchádzajúcom písomnom upozornení vydať rozhodnutie o predčasnom ukončení predprimárneho vzdelávania);
 - platiť riadne a včas poplatky súvisiace s pobytom dieťaťa v materskej škole (poplatok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy, stravné poplatky,...).
4. Beriem na vedomie, že ak moje dieťa nebude navštevovať materskú školu dlhšie ako 30 po sebe nasledujúcich dni bez udania dôvodu, môže riaditeľka jeho dochádzku do MŠ ukončiť.
5. Súhlasím so spracovaním osobných údajov v rozsahu určenom zákonom č. 245/2008 Z.z.
6. Čestne vyhlasujem, že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole

.....
podpis zákonného zástupcu (otec)

.....
podpis zákonného zástupcu (mama)

Potvrdenie detského lekára o zdravotnom stave dieťaťa

Meno dieťaťa.....

Dátum narodenia.....

Zdravotná poisťovňa.....

Bydlisko.....

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa podľa vyhlášky MŠ SR č. 541/2021 Z. z. o materskej škole.

Dieťa:

je spôsobilé navštevovať materskú školu

nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Celkový zdravotný stav dieťaťa vzhľadom k veku

.....

Údaje o povinnom očkovaní

Potvrdzujem, že dieťaťu neboli diagnostikovaná žiadne choroby, ktoré by neumožňovali prijatie dieťaťa do materskej školy.

Dátum vydania potvrdenia

Pečiatka, podpis lekára

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

DOTAZNÍK

Vážení rodičia. Teší nás, že ste nám prejavili dôveru a záujem umiestniť Vaše dieťa do našej MŠ. Veľmi si to vážime.

Tento zostavený dotazník slúži materskej škole pre lepšie spoznanie Vášho dieťaťa. Všetky uvedené údaje považujeme za dôverné a budeme s nimi nakladať v zmysle zákona 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov. Za spoluprácu vopred ďakujem.

Mgr. Zuzana Karaffová- riaditeľka ZŠ s MŠ

- 1) Navštevovalo dieťa kolektívne zariadenie? (zakrúžkujte) áno nie
.....
 - 2) Ktoré choroby dieťa prekonalo?
 - 3) Navštevujete s dieťaťom ambulanciu špecializovaného lekára? (kardiológ, neurológ, logopéd, psychológ a iné?).....
 - 4) Utrpelo dieťa úraz? (uved'te aký)
 - 5) Trpí dieťa: častými horúčkami, angínami, nachladením, respiračnými ochoreniami, krvácaním z nosa, bolesťami hlavy, závratmi, vracaním, (podčiarknite, doplňte)
 -
 - 6) Aké lieky dieťa užíva? (uved'te dôvod)
 - 7) Neurotické ťažkosti dieťaťa: pomočovanie, nespavosť, obhrýzanie nechťov, zajakavosť (podčiarknite, doplňte)
 - 8) Emocionálne ťažkosti dieťaťa: plačlivosť, bojzľivosť, agresivita, vzdorovitosť, ťažká prispôsobivosť (podčiarknite, doplňte)
 - 9) Problémy v správaní: nadmerná živosť, konfliktnosť
 - 10) Je nesamostatné v (podčiarknite, doplňte):
 - a) sebaobsluhy (obliekání, obúvaní, stolovaní)
 - b) hyg. návykoch (používanie WC, umývanie)
 - c) iné
 - 11) Má dieťa získanú alebo vrodenú vadu? (uved'te akú)
 - 12) Má dieťa chybu
 - a) zraku áno nie
 - b) sluchu áno nie
 - 13) Má alergiu na niektoré potraviny? áno nie
.....
- (V prípade, ak má dieťa alergiu na potraviny je potrebné potvrdenie od lekára)*
- 14) Iné upozornenia rodičov - zvláštnosti, záujmy dieťaťa:
 -
 - 15) Môže sa dieťa zúčastňovať aktivít mimo areálu MŠ? áno nie
 - 16) Môže byť dieťa pri aktivitách MŠ prepravované autobusom? áno nie

Dátum:

podpis zákonného zástupcu: