číslo žiadosti ..... prijatá dňa ..... .(doplní riaditeľka školy po jej zaevidovaní)

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE DO MŠ
s vyučovacím jazykom slovenským

Podpísaný zákonný zástupca žiadam o prijatie môjho dieťaťa do MŠ: (názov MŠ) .....
v školskom roku ...../..... od .....
na poldennú/celodennú výchovu a vzdelávanie
(nehodiace sa preškrtnúť).

Meno a priezvisko dieťaťa: .....
Dátum narodenia: ..... Miesto narodenia: .....
Rodné číslo: .....Národnosť: ..... Štátna príslušnosť: .....
Bydlisko: ..... Číslo zdrav. poisťovne: .....

Meno a priezvisko rodiča (zákonného zástupcu): .....
Adresa trvalého pobytu: .....
Adresa prechodného pobytu: .....
Korešpondenčná adresa: ....

Meno a priezvisko rodiča (zákonného zástupcu): .....
Adresa trvalého pobytu: .....
Adresa prechodného pobytu: .....
Korešpondenčná adresa: .....

V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím/-e s použitím a spracovaním osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní. Osobné údaje sú spracované v zmysle č. 6 ods. 1 písm. b) nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov), resp. § 13 ods. 1 písm. b) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
Vyhlasujem/-e, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a úplné.

Vo Vranove nad Topľou, dňa.....
podpis otca ..... podpis matky .....

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o **zdravotnej spôsobilosti *dieťaťa*** *(podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov).*
Dieťa absolvovalo – neabsolvovalo všetky povinné očkovania a netrpí žiadnou takou chorobou, ktorej prejavy by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt v materskej škole.

Dieťa trpí niektorou z týchto chorôb:

a) cukrovka .....
b) epilepsia .....
c) mentálne postihnutie .....
d) telesné postihnutie .....
e) alergie .....
f) iné (vypísať aké) .....

.....
Vo Vranove nad Topľou, dňa ..... Pečiatka a podpis pediatra