\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meno a priezvisko zákonného zástupcu, bydlisko, tel. číslo

ZŠ s MŠ Lokca

Školská 71/3

02951 Lokca

**VEC: Žiadosť o prijatie do materskej školy**

V súlade s § 59 ods. 3, ods. 4 Zákona č. 254/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa § 3 ods. 1 až 3 vyhlášky č. 306/2008 o materskej škole žiadam o prijatie môjho dieťaťa do materskej školy

meno a priezvisko dieťaťa:

dátum narodenia dieťaťa:

bydlisko dieťaťa:

dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

prihlasujem dieťa na: celodenný pobyt / poldenný pobyt\*

V .................................. dňa ...................................

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

podpis zákonného zástupcu

Prosíme rodičov o vyplnenie údajov aj na druhej strane tejto žiadosti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

Celkový zdravotný stav dieťaťa:

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

Potvrdzujem, že dieťa môže / nemôže\* byť na základe zisteného zdravotného stavu prijaté do materskej školy.

V .................................. dňa ...................................

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

pečiatka a podpis lekára

\*nehodiace sa prečiarknite

**Základné údaje dieťaťa**

Rodné číslo:

Miesto narodenia:

Okres narodenia:

Národnosť:

Občianstvo:

**Trvalý pobyt dieťaťa**

Ulica:

Mesto/obec:

PSČ:

Okres:

**Rodičia dieťaťa**

**Otec**

Meno:

Priezvisko:

Email:

Tel.:

Adresa (vypĺňajte len v prípade, že je odlišná od adresy dieťaťa)

Ulica:

Mesto/obec:

PSČ:

Okres:

**Matka**

Meno:

Priezvisko:

Email:

Tel.:

Adresa (vypĺňajte len v prípade, že je odlišná od adresy dieťaťa)

Ulica:

Mesto/obec:

PSČ:

Okres:

**Zdravotný stav dieťaťa (nehodiace sa prečiarknite)**

Zrak dieťaťa: potrebuje / nepotrebuje dioptrické okuliare

Sluch dieťaťa: počuje / nepočuje dobre

Reč dieťaťa: navštevuje / nenavštevuje logopedickú poradňu

Alergia: áno (má alergiu) / nie (nemá alergiu)

Povinné očkovanie: áno (dieťa má povinné očkovania) / nie (dieťa nemá povinné očkovania)

Zdravotná poisťovňa: