

meno a priezvisko zákonných zástupcov dieťaťa, adresa

Ev. číslo:

Košice,20....

Titl.

Materská škola

Žiacka 18

040 18 Košice

Vec: Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy

Podpísaní rodičia dieťaťa: nar. r. č.
(meno a priezvisko dieťaťa) dátum narodenia rodné číslo

bytom: národnosť: štátne občianstvo:

miesto narodenia: zdrav. poisť.:

žiadame o prijatie nášho dieťaťa do MŠ Žiacka 18 Košice – Krásna Košice od20.....

Otec: Meno, priezvisko:

Bydlisko :

Zamestnanie:

Telefón /do práce, domov/:

E-mailová adresa:

Matka: Meno, priezvisko:

Bydlisko :

Zamestnanie:

Telefón /do práce, domov/:

E-mailová adresa:

Súrodenci : dátum narodenia:

..... dátum narodenia :

Zároveň svojim podpisom vyjadrujeme súhlas s využitím našich osobných údajov a osobných údajov nášho dieťaťa pre účely MŠ Žiacka 18, Košice v zmysle zákona č. 18/2018 o ochrane osobných údajov. Súhlasíme tiež s tým, aby škola spracúvala nami poskytnuté úradné doklady kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií i s tým, aby poskytla naše osobné údaje na ďalšie spracovanie oprávnenej právnickej osobe, ktorá ich potrebuje ku svojej činnosti na základe zákona, poverenia alebo zmluvy, ktorú so školou uzatvorila. Tento súhlas platí až do ukončenia predprimárneho vzdelávania v materskej škole a počas doby nutnej na archiváciu.

Čestne prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, vrátane zdravotného stavu dieťaťa, sú pravdivé. Beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov ako aj závažných skutočností, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania dieťaťa v MŠ, alebo by mohli mať negatívny dopad na vzdelávanie dieťaťa a ostatných detí môže riaditeľka školy rozhodnúť o predčasnom ukončení predprimárneho vzdelávania v MŠ.

V Košiciach.....2022

podpis rodičov otec :

matka :

Vyjadrenie pediatra o zdravotnom stave dieťaťa :

Dieťa

1.je spôsobilé navštevovať MŠ - je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje špecifickú zdravotnú a výchovnovzdelávaciu starostlivosť a je schopné plniť požiadavky v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa v predškolskom veku Áno / Nie

2.má dieťa zdravotné problémy, ktoré by vylučovali jeho integráciu v kolektíve detí MŠ? **ÁNO / NIE***

3.absolvovalo dieťa všetky povinné očkovania zodpovedajúce jeho veku? **Áno / Nie**

Ktoré :-
.....

4.aký je súčasný zdravotný stav dieťaťa?

Meno a tel. číslo pediatra

V Košiciach, dňa

*nehodiace sa prečiarknite

Dátum:.....

.....
pečiatka a podpis pediatra