**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**Podpísaný /á/ žiadam o prijatie svojho dieťaťa do Materskej školy Milana Marečka 20, 841 08 Bratislava**

[**www.skolky**](http://www.skolky)**dnv.sk**  **od .................20..........** [**skolkymarecka@gmail.com**](mailto:skolkymarecka@gmail.com)

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko dieťaťa:** | **Dátum narodenia:**  **Rodné číslo:** |
| **Miesto narodenia:**  **Národnosť:**  **Štátna príslušnosť:** | **Názov zdravotnej poisťovne:** |
| **Trvalý pobyt:**  **Súpisné číslo domu: Orient.č. 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 ktorú a odkedy do kedy) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nenavštevovalo MŠ**  **Počet súrodencov v rodine: ............................................./ rok narodenia................................**  **V používaní lyžice, pije samostatne, používanie toalety je dieťa: samostatné**  **nesamostatné** | |
| **Prihlasujem dieťa na formu výchovy a vzdelávania Celodennú ( desiata, obed, olovrant)**  **Poldennú ( desiata, obed)** | |
| **Žiadosť podaná v  Bratislave dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Podpisy zákonných zástupcov (rodičov) dieťaťa** | |
| ***Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra***  *Dieťa netrpí žiadnou chorobu, 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** | |