**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |