

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do Materskej školy Bacúch Hlavná 278/45, 976 64 Bacúch p. Beňuš

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum a miesto narodenia: Rodné číslo:

Štátna príslušnosť:.....Národnosť:

Adresa trvalého bydliska:.....

Materinský jazyk:.....

Otec /zákonný zástupca: titul, meno a priezvisko:

Tel. číslo:..... Adresa trvalého bydliska:

Matka /zákonný zástupca: titul, meno a priezvisko:

Tel. číslo:..... Adresa trvalého bydliska:

Prihlasujem(e) dieťa na*:

a) celodennú výchovu a vzdelávanie (s poskytovaním desiaty, obeda a olovrantu)

b) poldennú výchovu a vzdelávanie – dopoludnia (s poskytovaním desiaty a obeda)

*Nehodiace sa prečiarknite

Záväzný nástup dieťaťa žiadam(e) odo dňa:

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV)

a) Zaväzujem(e) sa, že budem(e) pravidelne a v termíne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 4 zákona číslo 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v sume a za podmienok určených vo Všeobecne záväznom nariadení obce Bacúch.

b) V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov publikovaných v Zbierke zákonov SR, súhlasím(e) so zberom a spracovaním osobných údajov o mojom dieťati a o identifikácii mojej osoby/našich osôb ako rodičov/zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 6 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

c) Čestne vyhlasujem(e), že dieťa nie je prijaté do inej materskej školy.

e) Beriem(e) na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľka školy rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do školy.

Dátum:..... **Podpis Matky:** **Podpis Otca:**

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave 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 v znení neskorších predpisov vrátane údajov o povinnom očkovaní.

Dátum: **Pečiatka a podpis lekára:**