

**Základná škola s materskou školou Krajné, 916 16 Krajné 173**

Číslo žiadosti .....

Dátum .....

## Žiadosť

Podľa § 59 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

### žiadam o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa .....

Dátum narodenia ..... Rodné číslo .....

Miesto narodenia .....

Národnosť ..... Štátna príslušnosť .....

Bydlisko\* ..... PSČ .....

Adresa trvalého pobytu dieťaťa .....

Meno a priezvisko matky ..... Tel. kontakt .....

Bydlisko\* ..... PSČ .....

Meno a priezvisko otca ..... Tel. kontakt .....

Bydlisko\* ..... PSČ .....

\*uvádza sa adresa trvalého pobytu alebo miesta, kde sa dieťa /zákonný zástupca/ obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu

**Žiadam prijať dieťa do materskej školy na:**

- a) Celodennú výchovu a vzdelávanie – desiata, obed, olovrant
- b) Poldennú výchovu a vzdelávanie – desiata, obed

**Žiadam prijať dieťa do materskej školy od (dátum) .....**

---

### Vyjadrenie zákonného /ých/zástupcu /ov/ dieťaťa

Prehlasujem/e/, že všetky údaje v žiadosti a informácie o zdravotnom stave dieťaťa sú pravdivé a beriem/e/ na vedomie, že prípadné zistenia nepravdivých údajov a informácii môžu viesť k rozhodnutiu o prerušení, prípadne predčasnom skončení predprimárneho vzdelávania.

Zároveň sa zaväzujem /e/, že písomne oznámim/e/ zmenu zdravotnej spôsobilosti dieťaťa, jeho zdravotných problémoch a iných závažných skutočnostiach, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania.

Ako dotknutá osoba v zmysle § 9 zákona č. 122/2013 Z. z. dávame súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v rozsahu podľa § 11 ods. 6 písm. a) prvého až šiesteho bodu a písm. b) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon).

.....

Podpis zákonného zástupcu dieťaťa – matka

.....

Podpis zákonného zástupcu dieťaťa - otec

## **Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa**

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast

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

**Meno a priezvisko dieťaťa** .....

Dátum narodenia ..... Rodné číslo .....

Celkový zdravotný stav dieťaťa vzhľadom k veku (alergie, príp. iné závažné ochorenia alebo obmedzenia, dieťa so ŠVVP.....)

.....  
.....

**Údaj o povinnom očkovaní** .....

Potvrdzujem, že dieťaťu neboli diagnostikované žiadne ochorenia, ktoré by neumožňovali jeho prijatie do materskej školy a ktoré by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v materskej škole.

\*Dieťa **je** zdravotne spôsobilé absolvovať predprimárne vzdelávanie v bežnej materskej škole

\*Dieťa **nie je** zdravotne spôsobilé absolvovať predprimárne vzdelávanie v bežnej materskej škole

Dátum vydania potvrdenia .....

.....

odtlačok pečiatky a podpis lekára

\*nehodiace sa prečiarknite

---

### **Poznámka:**

Pre úspešné absolvovanie predprimárneho vzdelávania každého dieťaťa je nevyhnutné, aby **potvrdenie** o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa **obsahovalo všetky dôležité skutočnosti o zdravotnom stave dieťaťa**, ktoré môžu mať vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia dieťaťa pri jeho predprimárnom vzdelávaní, ako aj vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia ostatných detí, ktoré sú vzdelávané v príslušnej materskej škole.