***Súkromná materská škola Slovenskej technickej univerzity v Bratislave - STUBAčik,***

***Bernolákova 1, 811 07 Bratislava 1***

**Žiadosť o prijatie dieťaťa do materskej školy**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa:   |  |
| Dátum narodenia:  |  | Rodné číslo:  |
| Miesto narodenia:  |  |
| Názov zdravotnej poisťovne:  |  | Číslo zdravotnej poisťovne:  |
|  | **Bydlisko (adresa)**  |
| Trvalý pobyt:  |  | Prechodný pobyt:  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Údaje o rodičoch, zákonných zástupcoch dieťaťa:  |
|  | **Otec**  | **Matka**  |
| Meno a priezvisko:   |  | Meno a priezvisko:  |
| Číslo telefónu:  |   | Číslo telefónu:   |
| E-mail:  |  | E-mail:  |
|  Zamestnanie:  |   | Zamestnanie:   |
| Zamestnávateľ (fakulta-pracovisko):  |  | Zamestnávateľ:  (fakulta-pracovisko):  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dieťa:  |    Navštevovalo MŠ   |
|   Nenavštevovalo MŠ  |
| Ak dieťa navštevovalo MŠ, uveďte názov a adresu škôlky a počet rokov dochádzky.  |

Nástup dieťaťa do MŠ žiadam odo dňa (uviesť záväzne):

Dátum podania žiadosti: ................................

Podpis rodičov (zákonných zástupcov): ................................ ............................

1

# Vyhlásenie zákonného zástupcu

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do MŠ osobne odovzdám službukonajúcemu zamestnancovi a po ukončení výchovnej starostlivosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia.
2. Zaväzujem sa, že pred prvým vstupom dieťaťa do materskej školy a po neprítomnosti v materskej škole **dlhšej ako 5 dní** písomne oznámim riaditeľstvu materskej školy, že dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenia.
3. Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 - 5 zákona NR SR č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
4. Svojím podpisom vyjadrujem súhlas s používaním osobných údajov pre účely MŠ.

..........................................

podpis zákonného zástupcu

|  |
| --- |
| **Potvrdenie detského lekára a povinnom očkovaní dieťaťa** |
| Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa (podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č.355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov):      |
| Dátum:  |
| Podpis a pečiatka lekára:  |

2