

**MATERSKÁ ŠKOLA V MAJCICHOVE, MAJCICHOV 14**

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Podpísaný /á/ žiadam o prijatie svojho dieťaťa do Materskej školy v Majcichove

**Tel. č. 0911 883 181 od .................20..........** [**majcichov.ms@gmail.com**](mailto:majcichov.ms@gmail.com)

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko dieťaťa:** | **Dátum narodenia:**  **Rodné číslo:** |
| **Miesto narodenia: Národnosť:**  **Štátna príslušnosť:** | **Názov zdravotnej poisťovne:** |
| **Trvalý pobyt:**  **Súpisné č. domu: Orient. č. domu:** | **Prechodný pobyt:** |
| **Zákonný zástupca dieťaťa (meno, priezvisko, trvalý pobyt, telefóne číslo, e-mail)**  **Matka:** | **Zákonný zástupca dieťaťa (meno, priezvisko, trvalý pobyt, telefóne 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 Majcichove 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 fyzicky i psychicky 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** | |