

**Žiadosť
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Dátum prijatia žiadosti:.....

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto narodenia:

Národnosť: Štátna príslušnosť:

Trvalé bydlisko dieťaťa:

obec: ulica: č.:

Prechodné bydlisko:

obec: ulica: č.:

Kontakty na účely komunikácie

Zákonný zástupca dieťaťa

Meno a priezvisko:

Trvalé bydlisko:

Tel.: e-mail:

Zákonný zástupca dieťaťa

Meno a priezvisko:

trvalé bydlisko:

Tel: e-mail:

Materská škola, do ktorej žiadam umiestniť dieťa

Názov a adresa:

Pobyt dieťaťa: (celodenný, poldenný pobyt)

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

Vyhlásenie zákonného zástupcu dieťaťa:

Zaväzujem sa, že budem pravidelne mesačne uhrádzať:

1. *príspevok zákonného zástupcu na čiastočnú úhradu nákladov za pobyt dieťaťa v materskej škole* v zmysle § 28 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným Všeobecne

záväzným nariadením Mesta Banská Bystrica o určení výšky príspevkov pre školy a školské zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Banská Bystrica

2. ***finančné prostriedky na stravovanie dieťa v materskej škole (príspevok na nákup potravín a príspevok na úhradu režijných nákladov)*** v zmysle § 140 ods. 9 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným Všeobecne záväzným nariadením Mesta Banská Bystrica o určení výšky príspevkov pre školy a školské zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Banská Bystrica

.....
Dátum

.....
Podpis rodičov

POTVRDENIE
všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno dieťaťa..... dátum narodenia.....

Bydlisko.....

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnej spôsobilosti dieťa podľa § 24 ods. 6 a ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole.

Vyjadrenie:

Údaj o povinnom očkovaní:

.....
Dátum:

.....
Pečiatka a podpis