

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Dátum prijatia žiadosti:.....

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto narodenia:

Národnosť: Štátna príslušnosť:

Materinský jazyk: Vyučovací jazyk:

Adresa trvalého pobytu alebo adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

obec: ulica: č.:

Kontakty na účely komunikácie

Zákonný zástupca dieťaťa

Meno a priezvisko:

Druh pobytu:

Adresa trvalého pobytu alebo adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

.....

Tel.: e-mail:

Zákonný zástupca dieťaťa

Meno a priezvisko:

Druh pobytu:

Adresa trvalého pobytu alebo adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

.....

Tel: e-mail:

Materská škola, do ktorej žiadam umiestniť dieťa

Názov a adresa:

Pobyt dieťaťa: (celodenný, poldenný pobyt)

Závazný 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.....

Adresa trvalého pobytu alebo adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

.....

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 v znení neskorších predpisov.

Vyjadrenie:

Údaj o povinnom očkovaní:

.....

Dátum:

.....

Pečiatka a podpis