# Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

### .........................................................................................................................................................................................

*uvedie sa názov a adresa materskej školy*

### ............................................................................................

*uvedie sa požadovaný dátum prijatia dieťaťa do materskej školy*

# Údaje dieťaťa

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno** | **Priezvisko** | **Rodné priezvisko** |
| **Dátum narodenia** |  | |
| **Miesto narodenia** |  | |
| **Adresa trvalého pobytu**  Ulica a číslo: Obec/mesto:  Štát: | PSČ: |  |
| **Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)1)**  Ulica a číslo:  Obec/mesto: PSČ:  Štát: | | |
| **Rodné číslo** | | |
| **Štátna príslušnosť** | | |
| **Národnosť** | | |
| **Primárny**2) **materinský jazyk** | | |
| **Iný**3) **materinský jazyk** | | |

1. **Údaje zákonných zástupcov dieťaťa alebo zástupcu zariadenia ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno** | **Priezvisko** | | | | **Titul** | |
| Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca: | |  | | | | |
| **Miesto narodenia** | | | | | | |
| **Adresa bydliska**  Ulica a číslo: | |  | PSČ: |  | |  |
| Obec/mesto: | | Štát: |  |  | |  |
| **Kontakt na účely komunikácie**4) | |  |  |  | |  |
| Korešpondenčná adresa5) | |  |  |
| Ulica a číslo: | |  | PSČ: |
| Obec/mesto: | | Štát: |  |
| Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000): | |  |  |
| Telefón: | | Email: |  |
| Vzťah voči dieťaťu (označte): | Otec | Matka |  | Iný | | Uveďte aký:6) |

1. Vypĺňa sa v prípade, ak sa miesto, kde sa dieťa obvykle zdržiava, nezhoduje s adresou trvalého pobytu.
2. Primárny materinský jazyk je jazyk, ktorý si dieťa najlepšie osvojilo v ranom detstve a najčastejšie ním komunikuje v prostredí, v ktorom žije. Primárny materinský jazyk nemusí byť jazykom matky dieťaťa.
3. Iný materinský jazyk je jazyk, ktorý dieťa používa v prostredí, v ktorom žije, popri primárnom materinskom jazyku.
4. Uvedie sa kontakt, ktorý preferuje zákonný zástupca na účely komunikácie. Jeden údaj je povinný; vypĺňa sa aj vtedy, ak zákonný zástupca nepoužíva elektronickú schránku.
5. Uvádza sa vtedy, ak sa korešpondenčná adresa nezhoduje s adresou bydliska.
6. Napr.: Iná fyzická osoba než zákonný zástupca, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, alebo zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva ústavná starostlivosť, neodkladné opatrenie alebo výchovné opatrenie na základe rozhodnutia súdu.

# ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno** | **Priezvisko** | | | | **Titul** | |
| Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca: | |  | | | | |
| **Miesto narodenia** | | | | | | |
| **Adresa bydliska**  Ulica a číslo: | |  | PSČ: |  | |  |
| Obec/mesto: | | Štát: |  |  | |  |
| **Kontakt na účely komunikácie**4) | |  |  |  | |  |
| Korešpondenčná adresa5) | |  |  |
| Ulica a číslo: | |  | PSČ: |
| Obec/mesto: | | Štát: |  |
| Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000): | |  |  |
| Telefón: | | Email: |  |
| Vzťah voči dieťaťu (označte): | Otec | Matka |  | Iný | | Uveďte aký:6) |

**ZÁSTUPCA ZARIADENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno** | **Priezvisko** | | | **Titul** |
| **Názov zariadenia:**  IČO: | | | | |
| **Adresa zariadenia**  Ulica a číslo: | |  | PSČ: |  |
| Obec/mesto: | | Štát: |  |  |
| Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000): Telefón: | | Email: |  |  |

1. **Doplňujúce údaje**

## Žiadam o prijatie dieťaťa na

poldennú výchovu a vzdelávanie

celodennú výchovu a vzdelávanie

Predprimárne vzdelávanie žiadam dieťaťu poskytovať v7)

slovenskom jazyku

jazyku príslušnej národnostnej menšiny8) .....................................................

inom jazyku8) .................................................................................................

Podľa § 28b ods. 2 písm. b) školského zákona mám záujem požiadať o individuálne vzdelávanie dieťaťa, ktoré bude prijaté na povinné predprimárne vzdelávanie

áno  nie

**Poznámka**9):

1. Uveďte len jednu možnosť.
2. Uveďte konkrétny jazyk.
3. Zákonný zástupca/zástupca zariadenia môže uviesť doplňujúce informácie týkajúce sa dieťaťa (napr. zdravotné obmedzenia, návyky dieťaťa alebo iné informácie rozhodujúce pre vzdelávanie dieťaťa), príp. informáciu o tom, či dieťa: 1. v aktuálnom čase navštevuje inú materskú školu; 2. žiada o prijatie aj do inej/iných materských škôl; 3. má v materskej škole staršieho súrodenca atď.

# Poučenie o ochrane osobných údajov

## Osobné údaje uvedené v tejto žiadosti sa získavajú a spracúvajú podľa § 11 ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na účely výchovy a vzdelávania a aktivít v čase mimo vyučovania.

V .................................................... dňa ............................................. ...................................................

podpis zákonného zástupcu 1

V .................................................... dňa ............................................. ...................................................

podpis zákonného zástupcu 2

V .................................................... dňa ............................................. ...................................................

podpis zástupcu zariadenia

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

*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 a podľa § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*

**Meno a priezvisko dieťaťa:** ...............................................................................................................................................................

**Rodné číslo dieťaťa:** ..........................................................................................................................................................................

**Adresa trvalého pobytu dieťaťa:** ......................................................................................................................................................

#### Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:

**Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa:**

V ....................................................... dňa ..............

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

pečiatka a podpis všeobecného lekára pre deti a dorast

Vyjadrenie zariadenia poradenstva a prevencie

k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením/s nadaním10) do materskej školy

*podľa § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*

**Názov zariadenia poradenstva a prevencie:** ..................................................................................................................................

**Meno a priezvisko dieťaťa:** ..............................................................................................................................................................

**Rodné číslo dieťaťa:** .........................................................................................................................................................................

**Adresa trvalého pobytu dieťaťa:** ......................................................................................................................................................

#### Vyjadrenie k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením/s nadaním\*) na predprimárne vzdelávanie v materskej škole:

V ....................................................... dňa ..............

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

Titul, meno a priezvisko štatutárneho orgánu zariadenia poradenstva a prevencie, pečiatka a podpis

1. Nehodiace sa prečiarknuť.

Odporučenie všeobecného lekára pre deti a dorast

k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením do materskej školy11)

*podľa § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*

**Meno a priezvisko dieťaťa:** ..............................................................................................................................................................

**Rodné číslo dieťaťa:** .........................................................................................................................................................................

**Adresa trvalého pobytu dieťaťa:** ......................................................................................................................................................

#### Odporučenie k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením na predprimárne vzdelávanie v materskej škole:

V ....................................................... dňa ..............

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

pečiatka a podpis všeobecného lekára pre deti a dorast