



SPOJENÁ KATOLÍCKA ŠKOLA V NITRE

Materská škola svätých anjelov strážcov
Farská ul.19, 949 01 Nitra, Slovenská republika

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA do materskej školy / na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: miesto narodenia

Rodné číslo:	Bydlisko, PSČ:	
Číslo zdravotnej poisťovne:	e-mail rodiča:	
Národnosť:	Štátne občianstvo:	
Meno a priezvisko matky:	Povolanie:	Adresa zamestnávateľa:
Tel.č./mobil:		Tel.č.:
Meno a priezvisko otca:	Povolanie:	Adresa zamestnávateľa:
Tel.č./mobil:		Tel.č.:
Počet detí v rodine:		
Súrodenci dieťaťa študujúci na SKŠ v Nitre:		
Dieťa navštevovalo MŠ (nehodiace prečiarknuť):		
ÁNO	NIE	Prihlasujem dieťa na pobyt (nehodiace prečiarknuť):
		a/ celodenný /desiata, obed, olovrant/ b/ poldenný /desiata, obed/

Závazný dátum nástupu dieťaťa do MŠ:

Vyhlásenie rodičov:

- Vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.
- Súhlasím v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov s použitím a spracovaním uvedených osobných údajov, ktoré sú v súlade s § 11 ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, pre potreby materskej školy.
- Súčasne sa zaväzujem, že budem mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy. (V zmysle §28, ods.3 zákona 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní).
- Súhlasím a budem plne rešpektovať výchovu a vzdelávanie dieťaťa v duchu náuky rímskokatolíckej cirkvi.

.....
Dátum podania prihlášky

.....
**Podpis rodiča
(zákonného zástupcu)**

Vyjadrenie 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 v znení neskorších predpisov a § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z. z.:

Meno a priezvisko dieťaťa:

- dieťa **je spôsobilé / nie je spôsobilé*** navštevovať materskú školu
- dieťa **má / nemá** * prevedené všetky povinné očkovania zodpovedajúce jeho veku

V Nitre dňa

.....
Pečiatka a podpis lekára

.....
* nehodiace sa prečiarknuť