

# ŽIADOSŤ

## o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Podpísaní rodičia (zákonný zástupcovia) žiadame o prijatie dieťaťa do  
Materskej školy, Dr. Clementisa 59, Skalica, Dr. Clementisa 59, 90  
v školskom roku **2021 / 2022** od: **01.09.2021**  
elokované pracovisko: **Názov pracoviska**

Hviezdoslavova  
L. Svobodu  
Dr. Clementisa  
Pod Kalváriou  
Pri potoku  
Hurbanova

Meno, priezvisko dieťaťa: Janko Hraško  
Dátum narodenia: 01.01.2018 Miesto narodenia: Skalica  
Trvalý pobyt (ulica č. domu, PSČ mesto): Lúčky 123, 909 01 Skalica  
Prechodný pobyt (ulica č. domu, PSČ mesto): \_\_\_\_\_  
Rodné číslo: 180101/1111 Štátna príslušnosť: Slovenská Národnosť: Slovenská

Meno, priezvisko, titul matky: Mária Hrašková  
Tel.č.: 0901 111 111  
Trvalý pobyt (ulica č. domu, PSČ, mesto): Lúčky 123, 909 01 Skalica  
Prechodný pobyt (ulica č. domu, PSČ mesto): Adresa, na ktorej preberáte poštu,  
ak je iná ako trvalý pobyt.

Meno, priezvisko, titul otca: Jozef Hraško  
Tel.č.: 0901 222 222  
Trvalý pobyt (ulica č. domu, PSČ mesto): Lúčky 123, 909 01 Skalica  
Prechodný pobyt (ulica č. domu, PSČ mesto): \_\_\_\_\_  
**Súrodenci:**

Ak dieťa má súrodca navštevujúceho niektoré pracovisko má prednostné právo byť prijaté na toto pracovisko.

Meno	Rok narodenia	Miesto narodenia
<u>Alica Hrašková</u>	<u>2016</u>	<u>MŠ Hviezdoslavova</u>

### Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa (povinné údaje):

Dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky zadané v školskom poriadku materskej školy, ktoré sú v súlade so psychohygienickými zásadami dieťaťa v predškolskom veku.

Psychický vývin: \_\_\_\_\_ **VYPLNÍ PEDIATER** \_\_\_\_\_  
Fyzický a zmyslový vývin: \_\_\_\_\_  
Dieťa bolo riadne očkované: ANO / NIE \* \_\_\_\_\_  
Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy: \_\_\_\_\_

Dieťa je: **spôsobilé/ nespôsobilé** \* navštevovať MŠ. \*Nehodiace sa prečiarknite

Tel. č. pediatra: \_\_\_\_\_  
V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_  
pečiatka a podpis pediatra

Vyhlasujem na svoju česť, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti vrátane zdravotného stavu dieťaťa sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov bude rozhodnutie o umiestnení dieťaťa v MŠ zrušené. Som si vedomý/-á, že v prípade závažného porušovania školského poriadku materskej školy a neuhradenia mesačného príspevku na čiastočnú úhradu nákladov spojených s hmotným zabezpečením v školskom zariadení vopred a to najneskôr do 10. dňa v kalendárnom mesiaci vo výške 25,- € a neuhradenia príspevku za stravovanie v MŠ podľa § 28 zákona Ministerstva školstva SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov môže riaditeľka MŠ rozhodnúť po predchádzajúcom písomnom upozornení o ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ. Rodičia sú povinní informovať materskú školu o zmenách údajov, zmenách v zdravotnom stave dieťaťa alebo o iných závažných skutočnostiach, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania dieťaťa.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_ **Obidva podpisy zákonných zástupcov** \_\_\_\_\_  
podpisy rodičov/ zákonných zástupcov

Žiadosť prijatá dňa: \_\_\_\_\_ pod číslom: \_\_\_\_\_