

Ž I A D O S Ť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do materskej školy v zriaďovateľskej pôsobnosti mestskej časti Bratislava - Ružinov

Žiadam/me o prijatie svojho dieťaťa do materskej školy s vyučovacím jazykom slovenským na ulici
Exnárova 6, 821 03 Bratislava

Závazný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

Meno a priezvisko dieťaťa: Národnosť:

Dátum a miesto narodenia dieťaťa: Rodné číslo:

Bydlisko dieťaťa, PSČ: ZP:..... ŠP

Meno a priezvisko matky: Telefón:

Trvalé bydlisko, PSČ: E-mail:

Adresa zamestnávateľa:

Meno a priezvisko otca: Telefón:

Trvalé bydlisko, PSČ: E-mail:

Adresa zamestnávateľa:

Rozhodnutie o prijatí respektíve neprijatí žiadam zaslať na adresu:

Žiadosť o prijatie som podal/la aj v materskej škole: (podčiarknúť) MŠ Bancíkovej, MŠ Exnárova, MŠ Medzilaborecká,
MŠ Miletičova, MŠ Piesočná, MŠ Pivonková, MŠ Prešovská, MŠ Stálicová, MŠ Šťastná, MŠ Západná

Vyhlásenie zákonného/nných zástupcu/ov:

Čestne vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti, vrátane zdravotného stavu dieťaťa, sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie, respektíve pobyt a dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy. Beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov bude rozhodnutie o prijatí dieťaťa do MŠ zrušené.

Zaväzujem sa, že budem dodržiavať školský poriadok MŠ, pravidelne a v stanovenom termíne uhrádzať príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy a príspevok na stravovanie v materskej škole. Som si vedomý/á, že v prípade závažného porušovania školského poriadku a neuhradenia uvedených príspevkov môže riaditeľka MŠ rozhodnúť po predchádzajúcom písomnom upozornení o ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ.

Dátum: Podpisy zákonných zástupcov:
matka otec

V zmysle § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov je potrebné priložiť potvrdenie od všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave a spôsobilosti dieťaťa navštevovať materskú školu:

Vyjadrenie pediatra o zdravotnom stave dieťaťa: Dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky školského poriadku MŠ, ktoré sú v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa predškolského veku.

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy:

Týmto potvrdzujem, že **dieťa je spôsobilé – nespôsobilé** navštevovať materskú školu a že **dieťa je očkované – nie je očkované** podľa očkovacieho kalendára:

Informácia o absolvovaných očkovaniach:

V Bratislave, dňa

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Žiadosť prevzala dňa:

Iné závažné skutočnosti: (vdovec/vdova, zákonný zástupca ZŤP, postihnuté dieťa v rodine, dieťa v starostlivosti jedného rodiča a žije s ním v spoločnej domácnosti, dieťa v starostlivosti jedného rodiča a nežije s ním v spoločnej domácnosti, striedavá výchova podľa rozhodnutia súdu, zákonný zástupca v hmotnej núdzi, zákonný zástupca žijúci v chránenom bývaní, rozhodnutie o neprijatí dieťaťa do MŠ rovnakého zriaďovateľa v predchádzajúcom kalendárnom roku, ...)

* údaje sú nepovinné

Navštevuje už vaše dieťa MŠ? **áno/nie**

Ak áno, uveďte adresu

V Bratislave dňa:

Podpisy zákonných zástupcov (oboch):

.....

SPLNOMOCNENIE

Splnomocňujem svoju/svojho
manželku/manžela
bytom
na všetky právne úkony, ku ktorým dochádza v súvislosti s informáciami a korešpondenciou
o našom/našej synovi/dcére
medzi splnomocniteľom a MŠ Exnárova 6, 821 03 Bratislava.

V prípade zmeny v priebehu školskej dochádzky nášho dieťaťa oznámime tieto skutočnosti
riaditeľke materskej školy.

V Bratislave, dňa

.....
podpis matky dieťaťa

.....
podpis otca dieťaťa