



Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Podpísaný /á/ žiadam o prijatie svojho dieťaťa do Materskej školy M. Marečka 20, 841 08 Bratislava

www.skolkynv.sk

od20.....

skolkymarecka@gmail.com

Meno a priezvisko dieťaťa:	Dátum narodenia:
Miesto narodenia: Národnosť: Štátna príslušnosť:	Rodné číslo: Názov zdravotnej poisťovne:
Trvalý pobyt: Súpisné č. domu: Orient. č. domu:	Prechodný pobyt
Zákonný zástupca dieťaťa (meno a priezvisko, trvalý pobyt, telefónne číslo, e-mail): Matka:	Zákonný zástupca dieťaťa (meno a priezvisko, trvalý pobyt, telefónne číslo, e-mail): Otec:
Požadovaný výchovný jazyk: slovenský <input type="checkbox"/> iný uviesť aký	
Dieťa (zaškrtnite) <input type="checkbox"/> Navštevovalo MŠ (uviesť ktorú a odkedy do kedy) _____ <input type="checkbox"/> Nenavštevovalo MŠ	
Počet súrodencov v rodine:/ rok narodenia.....	
V používaní lyžice, pije samostatne, používanie toalety je dieťa: <input checked="" type="checkbox"/> samostatné <input type="checkbox"/> nesamostatné	
Prihlasujem dieťa na formu výchovy a vzdelávania <input type="checkbox"/> Celodennú (desiata, obed, olovrant) <input type="checkbox"/> Poldennú (desiata, obed)	
Žiadosť podaná v Bratislave dňa: _____ Podpisy zákonných zástupcov (rodičov) dieťaťa	
Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra Dieťa netrpí žiadnou chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v MŠ alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v MŠ zúčastňujú. Potvrdzujem, že dieťa je fyzicky i psychicky spôsobilé/nespôsobilé navštevovať MŠ. Upozorňujem na: alergie, ochorenie, ktoré si vyžaduje pri poskytnutí prvej pomoci podať liek, iné ochorenia:	
Údaje o povinnom očkovaní: _____	
Dátum	pečiatka a podpis lekára