***Materská škola M. Marečka č. 20, 841 08 Bratislava***

**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

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

**www.skolkydnv.sk**  **od .................20..........** [**skolkymarecka@gmail.com**](mailto:skolkymarecka@gmail.com)

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko dieťaťa:** | **Dátum narodenia:**  **Rodné číslo:** |
| **Miesto narodenia:**  **Národnosť:**  **Štátna príslušnosť:** | **Názov zdravotnej poisťovne:** |
| **Trvalý pobyt:**  **Súpisné č. domu: Orient. č. domu:** | **Prechodný pobyt** |
| **Kontakt na zákonného zástupcu dieťaťa na účely komunikácie** | **Telefón:**  **E - mail:** |
| **Požadovaný výchovný jazyk: slovenský iný uviesť aký .....................................** | |
| **Priebežný záujem dieťaťa o krúžkovú činnosť MŠ: Anglický jazyk, Nemecký jazyk, výtvarné aktivity, hudobno – pohybové aktivity, tanečné aktivity, športové aktivity, IKT.** | |
| **Dieťa ( zaškrtnite )**  **Navštevovalo MŠ ( uviesť ktorú a odkedy do kedy) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nenavštevovalo MŠ**  **Počet súrodencov v rodine: ............................................./ rok narodenia................................**  **V používaní lyžice, pije samostatne, používanie toalety je dieťa: samostatné**  **nesamostatné** | |
| **Prihlasujem dieťa na formu výchovy a vzdelávania Celodennú ( desiata, obed, olovrant)**  **Poldennú ( desiata, obed)** | |
| **Žiadosť podaná v  Bratislave dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Podpisy zákonných zástupcov (rodičov) dieťaťa** | |
| **Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra**  **Dieťa netrpí žiadnou chorobu, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať 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** | |