



**MATERSKÁ ŠKOLA, MILANA MAREČKA 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.skolkynv.sk

od .....20.....

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
Kontakt na zákonného zástupcu dieťaťa na účely komunikácie	Telefón: E - mail:
Požadovaný výchovný jazyk: slovenský <input type="checkbox"/> 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 ) <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 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	
<b>Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra</b> 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