



Materská škola, Milana Marečka 20, Bratislava

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

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

www.skolkynv.sk

od20.....

skolkymarecka@gmail.com

Meno a priezvisko dieťaťa:	Dátum narodenia:
	Rodné číslo:
Miesto narodenia: Národnosť: Štátna príslušnosť:	Názov zdravotnej poisťovne:
Trvalý pobyt:	Prechodný pobyt
Súpisné číslo domu: Orient. č. domu:	
Zákonný zástupca dieťaťa (meno, priezvisko, trvalý pobyt, tel. číslo, e-mail) Matka:	Zákonný zástupca dieťaťa (meno, priezvisko, trvalý pobyt, tel. 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 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: _____	
dieťaťa	Podpisy zákonných zástupcov (rodičov)
<u>Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra</u> <i>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 spôsobilé / nespôsobilé navštevovať MŠ. Upozorňujem na: alergie, ochorenie, ktoré si vyžaduje pri poskytnutí prvej pomoci podať liek, iné ochorenia:</i>	
Údaje o povinnom očkovaní:	
_____	_____
Dátum	pečiatka a podpis lekára