

## Ž I A D O S Ť

### O PRIJATIE NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE DO MATERSKEJ ŠKOLY

Údaje o dieťati	
Meno a priezvisko:	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Miesto narodenia:	Národnosť:
Názov zdravotnej poisťovne:	Štátna príslušnosť:
Adresa trvalého pobytu:	Primárny materinský jazyk:
Údaje o zákonných zástupcoch	
Otec	Matka
Meno a priezvisko:	Meno a priezvisko:
Adresa trvalého pobytu:	Adresa trvalého pobytu:
Telefónny kontakt:	Telefónny kontakt:

<p>(vyznačte krížikom)</p> <p>Dieťa:</p> <p><input type="checkbox"/> navštevovalo MŠ ..... (uviesť presný názov, adresu MŠ a časové obdobie- od kedy do kedy)</p> <p><input type="checkbox"/> nenavštevovalo MŠ</p> <p>MŠ navštevuje súrodenec: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p>
---

<p>(vyznačte krížikom)</p> <p>Prihlasujem dieťa na:</p> <p><input type="checkbox"/> celodennú výchovu a vzdelávanie</p> <p><input type="checkbox"/> poldennú výchovu a vzdelávanie</p>
--

<p>Závazne prihlasujem svoje dieťa do Materskej školy Dlhé Stráže 88, 054 01 Levoča</p> <p>Nástup dieťaťa do materskej školy žiadam odo dňa (uviesť záväzne): .....</p>
---

.....  
*podpis zákonného zástupcu – otec*

.....  
*podpis zákonného zástupcu – matka*

### Vyhlásenie zákonného zástupcu

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám pedagogickému zamestnancovi a po ukončení výchovy a vzdelávania ho preberie zákonný zástupca alebo iná osoba (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia.
2. Zaväzujem sa, že pred prvým vstupom dieťaťa do materskej školy a po neprítomnosti v materskej škole dlhšej ako 3 dni svojim podpisom potvrdím, že dieťa neprejavuje príznaky prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie (v zmysle § 24 ods. 6 písm. b.), c.) ods. 7, 8 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov).
3. Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 a príspevok na čiastočnú úhradu nákladov v školskej jedálni v zmysle § 140 ods. 9 Zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
4. Súhlasím so spracovaním osobných údajov zákonných zástupcov a dieťaťa uvedených v žiadosti na prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie, pre účely materskej školy, a tretích strán (zriaďovateľ, MŠ SR, aScAgenda), ktorí osobné údaje použijú výlučne v súlade s platnými legislatívnymi predpismi (zákon 596/2003 Z. z., zákon 245/2008 Z. z., zákon 18/2018 Z.z o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov).
5. Som si vedomá/ý, že v prípade porušovania školského poriadku školy môže riaditeľka školy, po predchádzajúcom písomnou upozornením, vydať rozhodnutie o predčasnom ukončení predprimárneho vzdelávania.
6. Čestne vyhlasujem, že v žiadosti som uviedol pravdivé údaje.

V zmysle zákona o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem súhlas materskej škole ako spracovateľovi so zberom a spracovaním poskytnutých osobných údajov uvedených v tejto žiadosti a to za účelom prijímania detí do materskej školy a ich následnou dochádzkou. Uvedený súhlas sa týka aj poskytnutia uvedených údajov tretím stranám v nevyhnutných prípadoch na zabezpečenie plnenia povinností materskej školy pri prijímaní a dochádzke detí. Beriem na vedomie, že spracúvanie mojich osobných údajov sa riadi zákonom o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

.....  
podpis zákonného zástupcu – otec

.....  
podpis zákonného zástupcu – matka

### Potvrdenie všeobecného lekára pre deti a dorast

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa, ktoré obsahuje aj údaj o povinnom očkovaní (podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a vyhlášky MŠ SR č. 541/2021 Z. z. o materskej škole:

Meno dieťaťa: ..... Dátum narodenia: .....

Dieťa je telesne zdravé  ÁNO  NIE

Dieťa je duševne zdravé  ÁNO  NIE

Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve  ÁNO  NIE

Absolvovalo všetky povinné očkovania  ÁNO  NIE

(ošetrujúci lekár vyznačí krížikom)

Dátum:

Pečiatka a podpis lekára:

Dátum prijatia žiadosti materskou školou: .....