**Žiadosť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**Súkromná materská škola Ako doma, Bagarova 20, Bratislava 84101**

|  |
| --- |
| **Osobné údaje o dieťati** |
| **Meno, priezvisko a rodné priezvisko:** |  |
| **Dátum a miesto narodenia:** |  |
| **Rodné číslo:** |  |
| **Štátna príslušnosť:** |  |
| **Národnosť:** |  |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  |
| Adresa miesta, kde sa **dieťa** obvykle zdržiava, **ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:** |  |

|  |
| --- |
| **Osobné údaje o zákonnom zástupcovi dieťaťa - otec** |
| **Titul, meno a priezvisko, titul, rodné priezvisko:** |  |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  |
| Adresa miesta, kde sa **otec** obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu: |  |
| **Druh pobytu:** |  |
| **Telefónne číslo:** |  |
| **E-mail:** |  |

|  |
| --- |
| **Osobné údaje o zákonnom zástupcovi dieťaťa - matka** |
| **Titul, meno a priezvisko, titul, rodné priezvisko:** |  |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  |
| Adresa miesta, kde sa **matka** obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu: |  |
| **Druh pobytu:** |  |
| **Telefónne číslo:** |  |
| **E-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prihlasujem(e) dieťa na:** | celodennú / poldennú výchovu a vzdelávanie\*\*(\*\*nehodiace sa prečiarknite) |
| **Vyučovací jazyk, v ktorom má byť predprimárne vzdelávanie poskytované:** |  |
| **Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam(e) od dňa:** |  |

Dávam súhlas na spracovanie osobných údajov v zmysle príslušných ustanovení školského zákona a zákona č. 18/2018 Z. z o ochrane osobných údajov.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis matky (zákonného zástupcu)** |  |
| **Podpis otca (zákonného zástupcu)** |  |
| **Podpis (iný zákonný zástupca)** |  |
| **V Bratislave, dňa:** |  |

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa od všeobecného lekára pre deti a dorast** podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov **vrátane údaja o povinnom očkovaní.**

**Dátum: Pečiatka a podpis lekára:**