

 Číslo žiadosti :

**Žiadosť o prijatie dieťaťa do Materskej škole v Lehote**

Meno a priezvisko dieťaťa ...........................................................................................................

Dátum narodenia:.............................................Miesto narodenia:...............................................

Národnosť:...........................Štátne občianstvo:..................Rodné číslo:.....................................

|  |
| --- |
| Bydlisko:.............................................................................................................................. |
| **Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa / rodičoch**  |
|  |
| **OTEC** Titul, meno a priezvisko: Trvalé Bydlisko: Zamestnávateľ: Telefónny kontakt:  | **MATKA** Titul, meno a priezvisko: Trvalé Bydlisko: Zamestnávateľ: Telefónny kontakt:  |
| Adresa pobytu dieťaťa, ak nebýva u zákonných zástupcov / rodičov:  |
| Počet súrodencov v rodine:  |
| Dieťa navštevuje – nenavštevuje MŠ /DJ \*\*  | Prihlasujem dieťa na pobyt: \*\* A/ celodenný / desiata, obed, olovrant/ B/ poldenný / desiata, obed /  |

 \*\* **nehodiace sa** – škrtnite

Uviesť záväzný dátum nástupu dieťaťa do MŠ:................................................................

Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok za pobyt dieťaťa v materskej škole, určený na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle Zákona NR SR č. 245/2008 Z.z..a poplatok za stravu.

...................................................... ....................................................................

Dátum podania žiadosti Podpisy oboch zákonných zástupcov

**Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa 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 v znení neskorších predpisov a §3 ods.3 vyhl. MŠ SR č. 306/2018 Z.z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

**Dieťa je telesne a duševne zdravé** ÁNO NIE

**Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve** ÁNO NIE

**Absolvovalo všetky povinné očkovania** ÁNO NIE

Dátum vydania potvrdenia:............................... ............................................

Pečiatka a podpis lekára

Žiadosť prijatá dňa: