



Podpísaný /á/ žiadam o prijatie svojho dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do ZŠ s MŠ, Banícka 52, Malachov

www.zsmsmalachov.sk

od20.....

skolamalachov@gmail.com

Meno a priezvisko dieťaťa:	Dátum narodenia:
Miesto narodenia: Národnosť: Štátna príslušnosť:	Rodné číslo: Názov zdravotnej poisťovne:
Trvalý pobyt:	Prechodný pobyt:
Meno a priezvisko otca: Adresa: Zamestnanie(nepov.)	Telefón: e - mail:
Meno a priezvisko matky: Adresa: Zamestnanie(nepov.)	Telefón: e - mail:
Požadovaný výchovný jazyk: slovenský ☐ iný uviesť aký	
Záväzný dátum nástupu dieťaťa do MŠ:	
Dieťa (zaškrtnite) ☐ Navštevovalo MŠ (uviesť ktorú a odkedy do kedy) _____ ☐ Nenavštevovalo MŠ	
Počet súrodencov v rodine:/ rok narodenia.....	
V používaní lyžice, pije samostatne, používanie toalety je dieťa: ☐ samostatné ☐ nesamostatné	
Prihlasujem dieťa na formu výchovy a vzdelávania ☐ Celodennú (desiata, obed, olovrant) ☐ Poldennú (desiata, obed)	
Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov MŠ v zmysle §28 ods.3 zákona č.245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN obce Malachov č.96/2013 vrátane dodatkov.	
Žiadosť podaná v Malachove dňa: _____ Podpisy zákonných zástupcov (rodičov) dieťaťa	

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra

Dieťa netrpí žiadnou chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať 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

