

**ZÁKONNÍ ZÁSTUPCOVIA**

Meno a priezvisko matky: .....  
Adresa trvalého pobytu: .....  
Adresa miesta, kde sa obvykle zdržiavate: .....  
Kontakt na účely komunikácie: .....  
Meno a priezvisko otca: .....  
Adresa trvalého pobytu: .....  
Adresa miesta, kde sa obvykle zdržiavate: .....  
Kontakt na účely komunikácie: .....

**ŽIADAME**

**O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE**

**Meno a priezvisko dieťaťa:** .....  
dátum narodenia: ..... miesto narodenia: .....  
rodné číslo: .....  
trvalý pobyt: .....  
štátna príslušnosť: ..... národnosť:.....

**so záväzným dátumom nástupu dieťaťa do MŠ od .....**

na formu výchovy: a) celodennú (desiata, obed, olovrant)  
b) poldennú (desiata, obed)

**Špeciálne potreby, starostlivosť, obmedzenia dieťaťa:** /napr. v strave, alergia, zdravotné problémy, výchovné problémy, iné/:

Dátum:.....

podpisy oboch zákonných zástupcov

## Materská škola, Kovarce 450

### Vyhlásenie zákonného zástupcu

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdávam službukonajúcej učiteľke. Dieťa preberie z materskej školy zákonný zástupca alebo iná poverená osoba – **staršia ako 10 rokov** - na základe môjho **písomného splnomocnenia**.
2. Beriem na vedomie, že pedagogický zamestnanec môže odmietnuť prevzatie dieťaťa ak zistí, že **jeho zdravotný stav nie je vhodný** na prijatie do materskej školy.
3. Beriem na vedomie, že na základe **opakovaného porušenia školského poriadku** školy zákonným zástupcom môže riaditeľka, po predchádzajúcom písomnom upozornení, rozhodnúť o **ukončení** dochádzky dieťaťa do materskej školy.
4. **Čestne vyhlasujem, že dieťa NIE JE prihlásené v inej materskej škole.**

Dátum:.....

.....  
podpisy oboch zákonných zástupcov

### **Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa a údaj o povinnom očkovaní**

Podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia v znení neskorších prepisov, § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z. z..

Dátum:.....

.....  
pečiatka a podpis lekára