**ŽIADOSŤ o prijatie dieťaťa do Materskej školy.**

**Materská škola...................................................................................................**

**Meno a priezvisko dieťaťa:..............................................................................................................**

**Dátum a miesto narodenia:...................................................Rodné číslo.........................................**

**Štátna príslušnosť:.................................................................Národnosť:........................................**

**Adresa trvalého bydliska:.................................................................................................................**

**Adresa prechodného bydliska:.........................................................................................................**

**Údaje zákonných zástupcov dieťaťa: / Titl. Meno a priezvisko/**

**Matka:................................................................................................................................................**

**Adresa trvalého bydliska:.................................................................................................................**

**Tel.č.:......................................................e-mail:.................................................................................**

**Adresa prechodného bydliska...........................................................................................................**

**Zamestnávateľ:..................................................................................................................................**

**Otec:....................................................................................................................................................**

**Adresa trvalého bydliska:.................................................................................................................**

**Tel.č.:........................................................e-mail:...............................................................................**

**Adresa prechodného bydliska:.........................................................................................................**

**Zamestnávateľ:..................................................................................................................................**

**Prihlasujem/e/ dieťa na\* :**

a/ celodennú výchovu a vzdelávanie /s poskytovaním desiaty, obeda a olovrantu/

b/ poldennú výchovu a vzdelávanie – dopoludnia/s poskytovaním desiaty, obeda/

**Záväzný nástup dieťaťa do materskej školy žiadam/e/ od dňa.....................................................**

**Vyhlásenie zákonného/ých zástupcu/ ov/:**

 **Zaväzujeme sa:**

a/Povinne platiť mesačný príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov MŠ v zmysle §28ods. 4 zákona č245/2008Z.z.o výchove a vzdelávaní / školský zákon/ a o zmene a doplnení niektorých zákonov v sume v súlade s platným VZN obce Čachtice.

b/Ďalej sa zaväzujeme dodržiavať školský poriadok školy. V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim/-e túto skutočnosť riaditeľovi –triednemu učiteľovi materskej školy. Po vyliečení choroby dieťaťa predložím/-e triednej učiteľke potvrdenie od lekára, že je dieťa zdravé.

Beriem/-e na vedomie, že na základe opakovaného porušovania školského poriadku školy zákonnými zástupcami dieťaťa – bezdôvodné absencie dieťaťa v MŠ môže riaditeľka školy rozhodnúť o predčasnom ukončení dochádzky dieťaťa do školy.

c/Čestne vyhlasujem/e/, že dieťa nie je prijaté do inej MŠ.

d/Súhlasím/e so spracovaním osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle čl.6 ods.1 písm.a) Nariadenia EP a Rady EÚ č.2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní údajov a §11 odsek 7 písmena a/, b/zákona č.245/2008Z.z.o výchove a vzdelávaní / školský zákon/.

**Dátum.....................podpisy oboch zákonných zástupcov ----------------------------------------------**

**Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa:**

**Dátum:.............................. ....................................................**

 **Pečiatka a podpis lekára**