**Súkromná materská škola DSA, Komenského 12, 075 01 v Trebišove**

**ŽIADOSŤ**

**o prijatie dieťaťa na preprimárne vzdelávanie**

Dolu podpísaný zákonný zástupca dieťaťa žiadam o prijatie môjho syna/mojej dcéry

do materskej školy v školskom roku

2024/2025

**Osobné údaje o dieťati:**

Meno a priezvisko: ..............................................................................................................................

Rodné priezvisko:............................................... Dátum narodenia: ................................................... Miesto narodenia: ....................................................... Rodné číslo: ................................................... Adresa trvalého bydliska alebo miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava::............................................ .............................................................................................................................................................. PSČ:................................ Štátna príslušnosť:...................... Národnosť:...........................................

**OSOBNÉ ÚDAJE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV DIETAŤA:**

**Titul, meno a priezvisko otca**:............................................................................................................

Rodné priezvisko:............................................................ Druh pobytu:............................................. Adresa trvalého bydliska......................................................................................................................

Telefonický kontakt:.............................................................................................................................

Emailová adresa:...................................................................................................................................

**Titul, meno a priezvisko matky**:........................................................................................................

Rodné priezvisko:............................................................ Druh pobytu:............................................. Adresa trvalého bydliska......................................................................................................................

Telefonický kontakt:.............................................................................................................................

Emailová adresa:...................................................................................................................................

**Dieťa navštevuje-navštevovalo / nenavštevuje-nenavštevovalo MŠ** (uveďte ktorú a obdobie):

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

**\***Nehodiace sa preškrtnite:

**Vyučovací jazyk:** slovenský

**Žiadam o prijatie môjho dieťaťa na:** (zakružkujte)

1. Celodennú výchovu a vzdelávanie (desiata, obeb, olovrant)
2. Poldennú výchovu a vzdelávanie (desiata, obed)

**Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy žiadam(e) odo dňa:** 1.9.2024

**V Trebišove dňa:** ......................................

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

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

 Podpisy zákonných zástupcov

**Údaje o prevzatí žiadostí vyplní materská škola:**

Prijala podpis/dňa/v poradí ako: ..........................................................................................................

***Lekárske potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa***

***k žiadosti o prijatie domaterskej školy***

**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:**

Údaje o evidencii dieťaťa v odborných poradniach, zdravotné znevyhodnené, iné závažné problémy:..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelavácimi potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie. Ak ide o dieťa so zmyslovým a telesným postihnutím, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného odborného lekára.

V:........................................... dňa:........................................ ........................................

 Pečiatka a podpis lekára

\*)Nehodiace sa prečiarknite