

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA DO MATERSKEJ ŠKOLY

s vyučovacím jazykom slovenským

Dolupodpísaný rodič (zákonný zástupca dieťaťa) žiadam o prijatie dieťaťa do Súkromnej materskej školy Montessori, trieda..... v školskom roku.....od.....

Forma dochádzky: **celodenná*** **poldenná*** (* *nehodiace sa prečiarknuť*)

Meno a priezvisko dieťaťa..... dátum narodenia.....

miesto narodenia.....

Rodné číslo.....národnosť.....štátna príslušnosť.....

Bydlisko..... PSC.....

Meno a priezvisko matky..... e-mail.....

Bydlisko..... tel. č.....

Zamestnanie..... tel. č.....

Meno a priezvisko otca..... e-mail.....

Bydlisko..... tel. č.....

Zamestnanie..... tel. č.....

Kontaktná adresa pre korešpondenciu:

Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, vrátane zdravotného stavu dieťaťa, sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov bude rozhodnutie o umiestnení dieťaťa v SMŠ Montessori zrušené.

Som si vedomý/á, že v prípade závažného porušovania školského poriadku materskej školy a neuhradenia príspevku za stravovanie a pobyt dieťaťa v SMŠ môže riaditeľka SMŠ rozhodnúť po predchádzajúcom písomnom upozornení o ukončení dochádzky dieťaťa do SMŠ Montessori.

V..... dňa.....

Podpis matky.....

Podpis otca.....

Vypĺňa SMŠ Montessori

Žiadosť prijatá dňa

zaevidovaná pod číslom.....

Vyjadrenie a podpis riaditeľky/zástupkyne pre SMŠ Montessori.....

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní (podľa § 24od. 7 zák. 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. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

Meno a priezvisko dieťaťa

Dieťa je spôsobilé/ nespôsobilé* navštevovať MŠ. (* nehodiace sa prečiarknuť)

Psychický vývin.....

Fyzický vývin.....

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy.....

Údaje o očkovaní.....

V, dňa:.....

Pečiatka a podpis lekára