

Materská škola, Milošová 445, 022 01 Čadca

č.t. 0948 298 624, 0918 324 989 , e-mail: ms.milosova@gmail.com, www.msmlilosova.sk

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa: Narodené v :

Dátum narodenia: Rodné číslo: Národnosť:

Štátne občianstvo: Zdravotná poisťovňa dieťaťa:

1. Adresa trvalého bydliska:

2. Adresa bydliska, z ktorého dochádza do MŠ:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa (**otec**) :

Bydlisko: Zamestnávateľ:

Telefón: E-mail :

Je aktivovaná elektronická schránka: áno / nie číslo schránky:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa (**matka**) :

Bydlisko: Zamestnávateľ:

Telefón: E-mail :

Je aktivovaná elektronická schránka: áno / nie číslo schránky:

O dieťa sa stará: a) matka b) otec c) obaja rodičia

Dieťa doteraz **navštevovalo / nenavštevovalo MŠ**

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do MŠ žiadame od :

Forma výchovy a vzdelávania: a) celodenná (desiata, obed, olovrant) b) poldenná (desiata, obed)

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Vyjadrenie ošetrojúceho lekára podľa § 24 ods.7 zákona NR SR č.355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

* Dieťa : - **je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve MŠ** = je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje špecifickú zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť a je schopné plniť požiadavky v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa v predškolskom veku,
- **nie je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve**

* Povinné očkovania : a) absolvovalo b) neabsolvovalo

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy:

.....

.....
Dátum potvrdenia

.....
Pečiatka a podpis lekára

