Základná škola s materskou školou, Malatiná 70, 026 01 Dolný Kubín

**ŽIADOSŤ O PLNENIE POVINNÉHO PREDPRIMÁRNEHO VZDELÁVANIA PRED DOVŔŠENÍM PIATEHO ROKU VEKU**

Meno a priezvisko dieťaťa ........................................................................................................................

Dátum narodenia ........................................................ Rodné číslo..........................................................

Miesto narodenia.....................................................................................................................................

Národnosť .......................................................... Štátna príslušnosť.........................................................

Trvalé bydlisko dieťaťa .............................................................................................................................

Prechodné bydlisko dieťaťa ......................................................................................................................

1. **Zákonný zástupca dieťaťa**

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

Trvalé bydlisko ..........................................................................................................................................

Prechodné bydlisko ..................................................................................................................................

Tel. číslo ............................................................. e-mail ...........................................................................

1. **Zákonný zástupca dieťaťa**

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

Trvalé bydlisko ..........................................................................................................................................

Prechodné bydlisko ..................................................................................................................................

Tel. číslo ............................................................. e-mail ...........................................................................

**Prílohy k žiadosti:**

* súhlasné vyjadrenie príslušného zariadenia poradenstva a prevencie a
* súhlasné vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast.

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV DIEŤAŤA:**

1. V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo najbližšom okolí, bezodkladne oznámim(e) túto skutočnosť učiteľke v materskej škole. Ďalej sa zaväzujem(e), že oznámim(e) aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.
2. Zaväzujem(e) sa, že budem(e) dbať o riadne plnenie povinného predprimárneho vzdelávania svojho dieťaťa a každú jeho neprítomnosť písomne ospravedlním(e).
3. Súčasne sa zaväzujem(e), že budem(e) pravidelne mesačne a v termíne platiť finančné prostriedky na stravovanie dieťa v materskej škole (príspevok na nákup potravín a príspevok na úhradu režijných nákladov) v zmysle § 140 ods. 9 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným VZN obce o poplatkoch v Základnej škole s materskou školou, Malatiná 70
4. Zároveň dávam(e) súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle §11 písm.7 školského zákona.

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

Dátum vyplnenia žiadosti Podpisy obidvoch zákonných zástupcov

Adresa ambulancie:

MUDr.:

Vec:

**Súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania**

Na základe posúdenia zdravotného stavu dieťaťa ......................................................................, narodeného ............................................................... **súhlasím/nesúhlasím** s pokračovaním plnenia povinného predprimárneho vzdelávania.

Tento súhlas sa vydáva podľa § 28a ods. 3 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

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

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

pečiatka a podpis lekára