

Ž I A D O S Ť
o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie v SMŠ Polárka

Žiadateľ: zákonný zástupca dieťaťa:
(meno, priezvisko)

žiadam o prijatie svojho dieťaťa do SMŠ Polárka, Pivonková 1816/7, 900 41 Rovinka

ÚDAJE O DIEŤATI	
Meno a priezvisko dieťaťa:	
Dátum a miesto narodenia:	
Národnosť a štátna príslušnosť:	
Rodné číslo:	Zdravotná poisťovňa:
Adresa trvalého bydliska, PSČ:	
ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI - OTEC	
Meno, priezvisko, titul:	
Adresa trvalého bydliska, PSČ:	
Názov a adresa zamestnávateľa:	
Adresa na účely komunikácie:	
Tel. Kontakt:	email:
ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI - MATKA	
Meno, priezvisko, titul:	
Adresa trvalého bydliska, PSČ:	
Názov a adresa zamestnávateľa:	
Adresa na účely komunikácie:	
Tel. Kontakt:	email:
Forma výchovy a vzdelávania – žiadam (e):	
<input type="checkbox"/> celodennú (desiata, obed, olovrant)	<input type="checkbox"/> poldennú (desiata, obed)

Záväzný nástup dieťaťa do SMŠ Polárka žiadam (e) odo dňa:.....

Dátum podania žiadosti:

Podpis Zákonných Zástupcov:

.....

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa a údají o povinnom očkovaní podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení Vyhlášky č. 308/2009 Z. z.

- Dieťa absolvovalo – neabsolvovalo povinné očkovanie
- Dieťa je zdravé, nevyžaduje dlhodobú zdravotnícku starostlivosť
- Dieťa je zdravotne znevýhodnené a vyžaduje špeciálny prístup:
 - a) má zdravotné postihnutie – mentálne, sluchové, zrakové a telesné postihnutie, narušenú komunikačnú schopnosť,
 - b) má autistické prejavy,
 - c) je choré alebo zdravotne oslabené,
 - d) má vývinové poruchy,
 - e) má poruchu správania,
 - f) vyžaduje dlhodobú/dočasnú zdravotnícku starostlivosť.
- Dieťa má iné zdravotné problémy alebo chorobu, ktorej prejavy by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v SMŠ a ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie dieťaťa ale aj ostatných detí
- Dieťa je spôsobilé – nie je spôsobilé navštevovať SMŠ

(Nehodiace preškrtnúť)

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis praktického lekára pre deti a dorast