

Materská škola, Galaktická 11, Košice
Elokované pracovisko Galaktická 9, Košice ako súčasť Materskej školy, Galaktická 11, Košice
Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Meno a priezvisko dieťaťa:

Rodné priezvisko:.....

Dátum a miesto narodenia:

Rodné číslo: Číslo ZP:.....

.....PSČ:.....

Adresa trvalého pobytu: (*ulica a číslo, obec/mesto, štát*)

.....PSČ:.....

Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:
(*ulica a číslo, obec/mesto, štát*)

Štátne príslušnosť:..... Národnosť:.....

Materinský jazyk (primárny):.....

Iný materinský jazyk:.....

Meno a priezvisko otca, titul:

Rodné priezvisko:.....Miesto narodenia:.....

Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca:.....

.....
Adresa trvalého pobytu (*ulica a číslo, obec/mesto, štát*)

.....
Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu: (*ulica a číslo, obec/mesto, štát*)

.....
Kontakt na účely komunikácie (tel. číslo a e-mailová adresa, číslo elektronickej schránky):

Meno a priezvisko matky, titul:

Rodné priezvisko:.....Miesto narodenia:.....

Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca:.....

.....
Adresa trvalého pobytu (*ulica a číslo, obec/mesto, štát*)

.....
Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu: (*ulica a číslo, obec/mesto, štát*)

.....
Kontakt na účely komunikácie (tel. číslo a e-mailová adresa, číslo elektronickej schránky)

Prihlasujeme dieťa na pobyt:
a) celodenný

b) poldenný (desiata, obed)

Dieťa žiadame umiestniť od:

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa (**zdravotná spôsobilosť**) 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, podľa § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole (s uvedením skutočností, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania – alergia, astma, epilepsia, cukrovka a pod.) a záznam o povinnom očkovaní

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti:

Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa:

Dátum.....

Pečiatka a podpis lekára.....

Zároveň svojim podpisom vyjadrujeme súhlas s využitím našich osobných údajov a osobných údajov nášho dieťaťa pre účely MŠ, Galaktická 11, Košice, elokované pracovisko MŠ Galaktická 9, Košice v zmysle zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a jeho doplnení. Súhlasíme tiež s tým, aby škola spracúvala nami poskytnuté úradné doklady kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií a s tým, aby poskytla naše osobné údaje na ďalšie spracovanie oprávnenej právnickej osobe, ktorá ich potrebuje ku svojej činnosti na základe zákona, poverenia alebo zmluvy, ktorú so školou uzatvorila. Tento súhlas platí až do ukončenia predprimárneho vzdelávania v materskej škole a počas doby nutnej na archiváciu.

V Košiciach dňa:

.....
Podpisy zákonných zástupcov