ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA
do Materskej školy Melánie Nemcovej, Budapeštianska 3, Košice

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

Dátum narodenia: ........................................Miesto narodenia: .................................................................

Národnosť: ......................... Štátne občianstvo:............................. Rodné číslo: ......................................

|  |
| --- |
| **Informácie o zákonných zástupcoch dieťaťa / rodičoch**  |
| **OTEC** Titul, meno a priezvisko:bydlisko, PSČ:telefónny kontakt: | **MATKA** Titul, meno a priezvisko:bydlisko, PSČ:telefónny kontakt: |
| E-mailový kontakt: |
| Adresa pobytu dieťaťa, ak nebýva u zákonných zástupcov / rodičov: |

Dieťa navštevuje MŠ: ÁNO NIE

Uviesť záväzný **dátum nástupu** do materskej školy: ................................................................

Zároveň sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok za pobyt dieťaťa v materskej škole určený na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle zákona NR SR č. 245/2008 Z .z. a poplatok za stravu.

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

 Dátum podania žiadosti Podpisy oboch zákonných zástupcov

**Svojim podpisom prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s informáciami podľa článku 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorý je zverejnený na webovom sídle prevádzkovateľa** [**www.kosice.sk**](http://www.kosice.sk) **a na úradnej tabuli v priestoroch prevádzkovateľa.**

**Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:**

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa 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 telesne a duševne zdravé ÁNO NIE

Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve ÁNO NIE

Absolvovalo všetky povinné očkovania ÁNO NIE

Dátum vydania potvrdenia:......................................... ................................................

 pečiatka a podpis lekára