

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Materská škola Dolné Plachtince, Dolné Plachtince 95, 991 24 Dolné Plachtince

..... uvedie
sa požadovaný dátum prijatia dieťaťa do materskej školy

A. Údaje dieťaťa

Meno	Priezvisko	Rodné priezvisko
Dátum narodenia		
Miesto narodenia		
Adresa trvalého pobytu Ulica a číslo: Obec/mesto: PSČ: Štát:		
Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu) ¹⁾ Ulica a číslo: Obec/mesto: PSČ: Štát:		
Rodné číslo		
Štátna príslušnosť		
Národnosť		
Primárny ²⁾ materinský jazyk		
Iný ³⁾ materinský jazyk		

B. Údaje zákonných zástupcov dieťaťa alebo zástupcu zariadenia

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 1

Meno	Priezvisko	Titul
Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca:		
Miesto narodenia		
Adresa bydliska Ulica a číslo: PSČ: Obec/mesto: Štát:		

¹⁾ Vypĺňa sa v prípade, ak sa miesto, kde sa dieťa obvykle zdržiava, nezhoduje s adresou trvalého pobytu.

²⁾ Primárny materinský jazyk je jazyk, ktorý si dieťa najlepšie osvojilo v ranom detstve a najčastejšie ním komunikuje v prostredí, v ktorom žije. Primárny materinský jazyk nemusí byť jazykom matky dieťaťa.

³⁾ Iný materinský jazyk je jazyk, ktorý dieťa používa v prostredí, v ktorom žije, popri primárnom materinskom jazyku.

Kontakt na účely komunikácie⁴⁾ Korešpondenčná adresa ⁵⁾			
Ulica a číslo:		PSČ:	
Obec/mesto:		Štát:	
Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):			
Telefón:		Email:	
Vzťah voči dieťaťu (označte):	Otec <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	Matka <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	iný <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Uveďte aký: ⁶⁾

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 2

Meno	Priezvisko	Titul
Rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca:		
Miesto narodenia		
Adresa bydliska Ulica a číslo:		
		PSČ:
Obec/mesto:		Štát:
Kontakt na účely komunikácie⁴⁾ Korešpondenčná adresa ⁵⁾		
Ulica a číslo:		PSČ:
Obec/mesto:		Štát:
Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):		
Telefón:		Email:
Vzťah voči dieťaťu (označte):	Otec <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	Matka <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> iný <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Uveďte aký: ⁶⁾

ZÁSTUPCA ZARIADENIA

Meno	Priezvisko	Titul
Názov zariadenia: IČO:		
Adresa zariadenia Ulica a číslo:		
		PSČ:
Obec/mesto:		Štát:

⁴⁾ Uvedie sa kontakt, ktorý preferuje zákonný zástupca na účely komunikácie. Jeden údaj je povinný; vyplní sa aj vtedy, ak zákonný zástupca nepoužíva elektronicú schránku.

⁵⁾ Uvádza sa vtedy, ak sa korešpondenčná adresa nezhoduje s adresou bydliska.

⁶⁾ Napr.: Iná fyzická osoba než zákonný zástupca, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, alebo zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva ústavná starostlivosť, neodkladné opatrenie alebo výchovné opatrenie na základe rozhodnutia súdu.

Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):

Telefón:

Email:

C. Dopĺňujúce údaje

Žiadam o prijatie dieťaťa na

- ☐ poldennú výchovu a vzdelávanie celodennú
☐ výchovu a vzdelávanie

Predprimárne vzdelávanie žiadam dieťaťu poskytovať v⁷⁾

slovenskom jazyku jazyku príslušnej národnostnej menšiny⁸⁾

- ☐ inom jazyku⁸⁾
☐

Podľa § 28b ods. 2 písm. b) školského zákona mám záujem požiadať o individuálne vzdelávanie dieťaťa, ktoré bude prijaté na povinné predprimárne vzdelávanie

- ☐ áno nie
☐ Poznámka⁹⁾:

D. Poučenie o ochrane osobných údajov

Osobné údaje uvedené v tejto žiadosti sa získavajú a spracúvajú podľa § 11 ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na účely výchovy a vzdelávania a aktivít v čase mimo vyučovania.

V dňa

.....
podpis zákonného zástupcu 1

V dňa

.....
podpis zákonného zástupcu 2

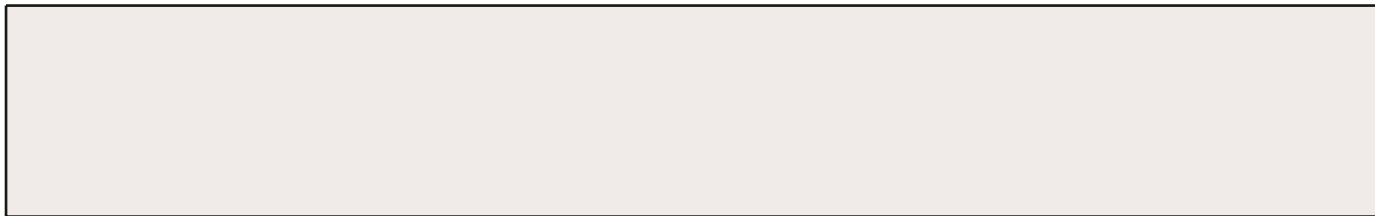
V dňa

.....
podpis zástupcu zariadenia

⁷⁾ Uvedte len jednu možnosť.

⁸⁾ Uvedte konkrétny jazyk.

⁹⁾ Zákonný zástupca/zástupca zariadenia môže uviesť dopĺňujúce informácie týkajúce sa dieťaťa (napr. zdravotné obmedzenia, návyky dieťaťa alebo iné informácie rozhodujúce pre vzdelávanie dieťaťa), príp. informáciu o tom, či dieťa: 1. v aktuálnom čase navštevuje inú materskú školu; 2. žiada o prijatie aj do inej/iných materských škôl; 3. má v materskej škole staršieho súrodenca atď.



Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a podľa § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Meno a priezvisko dieťaťa:

Rodné číslo dieťaťa:

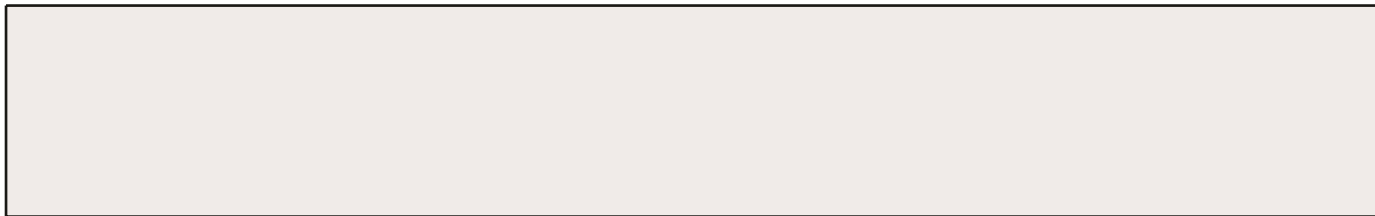
Adresa trvalého pobytu dieťaťa:

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa:

Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa:

V dňa

.....
pečiatka a podpis všeobecného lekára
pre deti a dospelých



Vyjadrenie zariadenia poradenstva a prevencie

k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením/s nadaním¹⁰) do materskej školy

podľa § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Názov zariadenia poradenstva a prevencie:

Meno a priezvisko dieťaťa:

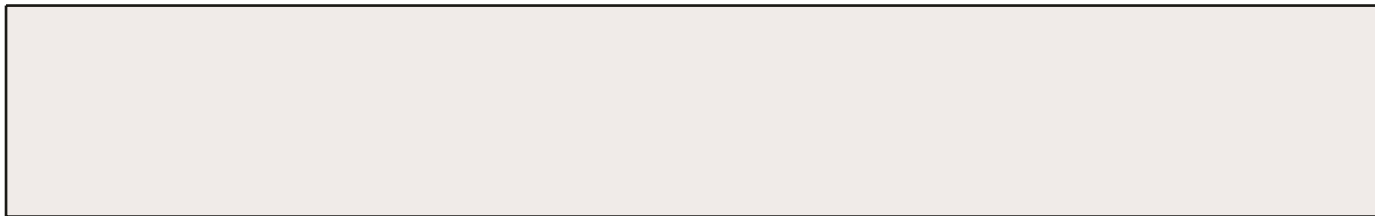
Rodné číslo dieťaťa:

Adresa trvalého pobytu dieťaťa:

**Vyjadrenie k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením/s nadaním*) na predprimárne
vzdelávanie v materskej škole:**

V dňa

.....
Titul, meno a priezvisko štatutárneho orgánu
zariadenia poradenstva a prevencie, pečiatka
a podpis



Odporúčenie všeobecného lekára pre deti a dorast k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením do materskej školy¹¹⁾

podľa § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Meno a priezvisko dieťaťa:

Rodné číslo dieťaťa:

Adresa trvalého pobytu dieťaťa:

Odporúčenie k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením na predprimárne vzdelávanie v materskej škole:

V dňa

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

¹¹⁾ Toto vyjadrenie môže byť aj súčasťou potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa.
219 MŠVVaM SR / od 01. 01. 2025