**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**Materská škola Gbeľany, Urbárska 139/1, 013 02 Gbeľany**

*Evidenčné číslo žiadosti: ……………………*

*Uvedie sa požadovaný dátum prijatia dieťaťa do materskej školy: ..................................,*

***ÚDAJE O DIEŤATI***

1. **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** | | | | | | | |

1. **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: | | | | | | | | |
| **Kontakt na účely komunikácie**4)  Korešpondenčná adresa5) | | |  | | | | |  |
| Ulica a číslo: PSČ: | | |  |  |  |  |  |  |
| Obec/mesto: Štát:  Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):  Telefón: Email: | | |  | | | | |  |
| Vzťah voči dieťaťu (označte): Otec Matka iný Uveďte aký:6) | | | | | | | | |

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.

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

219 MŠVVaM SR / od 01. 01. 2025

Žiadosť o prijatie na predprimárne vzdelávanie

**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 komunikácie**4)  Korešpondenčná adresa5) | | |  | | | | |  |
| Ulica a číslo: PSČ: | | |  |  |  |  |  |  |
| Obec/mesto: Štát:  Číslo elektronickej schránky (v tvare E000000000):  Telefón: Email: | | |  | | | | |  |
| Vzťah voči dieťaťu (označte): Otec Matka iný Uveďte aký:6) | | | | | | | | |

**ZÁSTUPCA ZARIADENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno: Andrea** | **Priezvisko: Daníšková** | **Titul: Mgr.** |
| **Názov zariadenia: MŠ Gbeľany** |  |  |
| IČO: 00321273 |  |  |
| **Adresa zariadenia:** |  |  |
| Ulica a číslo: Urbárska 139/1 | PSČ: 013 02 |  |
| Obec/mesto: Gbeľany | Štát: Slovensko |  |
| Číslo elektronickej schránky E0007331574 | |  |
| Telefón:041/598 03 65 | Email:msgbelany@gmail.com |  |

1. **Doplňujúce 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

**Poznámka**9):

7) Uveďte len jednu možnosť.

8) Uveďte konkrétny jazyk.

9) Zákonný zástupca/zástupca zariadenia môže uviesť doplňujúce 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.

219 MŠVVaM SR / od 01. 01. 2025 Žiadosť o prijatie na predprimárne vzdelávanie

1. **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

V dňa

**Dátum a podpis prevzatia žiadosti zástupcom zariadenia:**

V dňa

podpis zákonného zástupcu 1

podpis zákonného zástupcu 2

podpis zástupcu zariadenia

219 MŠVVaM SR / od 01. 01. 2025

Žiadosť o prijatie na predprimárne vzdelávanie

**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 dorast

219 MŠVVaM SR / od 01. 01. 2025

Žiadosť o prijatie na predprimárne vzdelávanie

**Vyjadrenie zariadenia poradenstva a prevencie  
k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením/s nadaním**10) **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

10) Nehodiace sa prečiarknuť.

219 MŠVVaM SR / od 01. 01. 2025

Žiadosť o prijatie na predprimárne vzdelávanie

**Odporučenie všeobecného lekára pre deti a dorast  
k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením do materskej školy**11)

*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:**

**Odporučenie 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

Žiadosť o prijatie na predprimárne vzdelávanie