

Ž I A D O S Ť

O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE DO MŠ

s vyučovacím jazykom slovenským

Podpísaný zákonný zástupca žiadam o prijatie môjho dieťaťa do MŠ:

v školskom roku/..... od

Meno, priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Rodné číslo: Národnosť: Štátna príslušnosť:

.....

Bydlisko: PSČ:

Meno, priezvisko rodiča:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

Kontakt na účely komunikácie:

.....

Meno, priezvisko rodiča:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa miesta, kde sa zákonný zástupca obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

Kontakt na účely komunikácie:

Korešpondenčná adresa:

V zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím/-e s použitím a spracovaním osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 6 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní. Osobné údaje sú spracúvané v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. b) nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov), resp. § 13 ods. 1 písm. b) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Vyhlasujem/-e, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a úplné.

V ... (dátum) ...

podpis rodiča podpis rodiča

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra 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)

Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa:

...

V ...

(dátum) ...

.....

pečiatka a podpis pediatra

Prijaté (dátum) podpis potvrdzujúci prevzatie: