



MATERSKÁ ŠKOLA SV. VINCENTA DE PAUL

Chlumeckého 12, Bratislava

Tel.č. 0911 969 378; e-mail: skolka@vdp.sk; web: skolka.vdp.sk

Ž I A D O S Ť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie s vyučovacím jazykom slovenským

Meno a priezvisko dieťaťa

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

Bydlisko PSČ..... Telefón

Meno a priezvisko otca

Bydlisko PSČ..... Telefón

E-mail

Adresa zamestnávateľa

Pracovné zaradenie

Meno a priezvisko matky

Bydlisko PSČ..... Telefón

E-mail

Adresa zamestnávateľa

Pracovné zaradenie

Rozhodnutie o prijatí, respektíve neprijatí žiadam zaslať na adresu:

Navštevuje Vaše dieťa MŠ? **áno/nie***

Ak áno, uveďte adresu

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do MŠ

Čestne vyhlasujem,

že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, vrátane zdravotného stavu dieťaťa, sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov bude rozhodnutie o umiestnení dieťaťa v MŠ zrušené.

Zároveň čestne vyhlasujem, že budem dodržiavať školský poriadok materskej školy, riadne a včas uhrádzať mesačný príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov a príspevku na stravovanie v materskej škole.

Som si vedomý/á, že v prípade závažného porušovania školského poriadku materskej školy a neuhradenia príspevku za stravovanie a pobyt dieťaťa v MŠ môže riaditeľka MŠ rozhodnúť, po predchádzajúcom písomnom upozornení, o ukončení dochádzky dieťaťa do MŠ.

Bratislava

Podpisy zákonných zástupcov (obidvoch):

V zmysle § 59 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, v súlade s § 3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky č. 308/2009 Z. z. a v znení § 24 ods. 6 a ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. je potrebné priložiť potvrdenie od všeobecného lekára pre deti a dorast o spôsobilosti dieťaťa navštevovať materskú školu:

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:

Týmto potvrdzujem, že **dieťa je spôsobilé – nespôsobilé** navštevovať materskú školu a že **dieťa je očkované – nie je očkované** podľa očkovacieho kalendára.

V Bratislave, dňa

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára