--------------------------------------------------------------------------------------------------------meno, priezvisko, adresa zákonného zástupcu dieťaťa

 ZŠ s MŠ Lakšárska Nová Ves

 908 76, Lakšárska Nová Vesč.397

 **Žiadosť**

**o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

Meno dieťaťa...................................................................dátum narodenia..............................................

Rodné číslo:............................................................miesto narodenia:......................................................

Bydlisko:..................................................................................................

Meno a priezvisko otca...................................................................e-mail................................................

Adresa trvalého pobytu...................................................................č. telefónu.........................................

Meno a priezvisko matky.................................................................e-mail................................................

Adresa trvalého pobytu...................................................................č. telefónu.........................................

Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy................................................................................

Mám záujem o prijatie dieťaťa na:

a)celodenný pobyt b)poldenný pobyt c)adaptačný pobyt

Zaväzujeme sa riadiť školským poriadkom školy.

Čestne vyhlasujeme, že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.

Dátum:................. Podpis rodičov /zákonných zástupcov/:.......................... ........................

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave 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 a §3 ods.3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z. o materskej škole:

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

Údaje o povinnom očkovaní:....................................................................................................................

Dátum:.....................................................Pečiatka a podpis lekára...........................................................

**Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.**