Materská škola Hruštín, Pod Brehom 207/5, 029 52 HRUŠTÍN

**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA
DO MATERSKEJ ŠKOLY**

Meno a priezvisko dieťaťa....................................................................................................

|  |
| --- |
| Dátum a miesto narodenia .....................................................................................................Rodné číslo dieťaťa ................................................ Poisťovňa...................................Bydlisko ...................................................................................................... |
| OTEC:Meno a priezvisko ......................................................................................................telef. kontakt .................................................Zamestnávateľ ....................................................................................................... |
| MATKA:Meno a priezvisko .......................................................................................................telef.kontakt ...................................................e-mail adresa ...................................................Zamestnávateľ ........................................................................................................ |
| Počet súrodencov v rodine |
| Požadovaný výchovný jazyk |
| Dieťa navštevovalo - nenavštevovalo MŠ |
| Prihlasujem dieťa na výchovu a vzdelávanie v MŠ:* celodennú (desiata, obed, olovrant)
* poldennú (desiata, obed)
 |
| Nástup dieťaťa do MŠ školy žiadam odo dňa : |

................................................................ .................................................................
 dátum podania prihlášky podpis zákonného zástupcu

|  |
| --- |
| (vyplní MŠ) |
| Dátum prijatia prihlášky: |
| Evidenčné číslo prihlášky: |
| Pečiatka a podpis riaditeľky MŠ: |

**INFORMÁCIE O DIEŤATI**

**Meno a priezvisko dieťaťa** ........................................................................................................

1. Navštevovalo dieťa kolektívne zariadenie? áno nie

2. Ktoré choroby dieťa prekonalo?...............................................................................................

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

3. Bolo dieťa liečené v nemocnici? Ak áno, uveďte dôvod .........................................................

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

4. Utrpelo dieťa úraz? (ak áno, aký).............................................................................................

5. Trpí dieťa: častými horúčkami, angínami, respiračnými ochoreniami, krvácaním z nosa, bolesťami hlavy (podčiarknite, doplňte).......................................................................................

6. Užíva dieťa nejaké lieky? (ak áno, dôvod a druh)....................................................................

7. Má dieťa nejaké neurotické ťažkosti ako pomočovanie, nespavosť, obhrýzanie nechtov, zajakavosť (podčiarknite, doplňte)................................................................................................

8. Emocionálne ťažkosti dieťaťa: plačlivosť, bojazlivosť, agresivita, vzdorovitosť, ťažká prispôsobivosť, konfliktnosť (podčiarknite, doplňte)...................................................................

9. Je nesamostatné (podčiarknite, doplňte)
a) sebaobsluhe (obliekanie, obúvanie, stolovanie)........................................................................
b) hygienických návykoch (umývanie, používanie WC)..............................................................

10. Má dieťa vrodenú alebo získanú chybu? (akú).......................................................................

11. Má dieťa chybu: a) zraku áno nie
 b) sluchu áno nie

12. Je dieťa vyberavé v jedle? Má alergiu na niektoré potraviny? áno nie
Ak áno, aké?..................................................................................................................................

13. Iné upozornenie (oznámenie) rodičov.....................................................................................

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

14. Môže byť dieťa pri aktivitách prepravované autobusom? áno nie

**Prehlasujem, že informácie sú pravdivé a nič som nezamlčal**

............................................ ....................................................................
 dátum podpis zákonného zástupcu

**Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa**

Aby vaše dieťa mohlo navštevovať materskú školu (§3 ods. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z.z.) je potrebné ***predkladať potvrdenie detského lekára o zdravotnej spôsobilosti*** vášho dieťaťa. Súčasťou potvrdenia je ***aj údaj o absolvovaní očkovania***. Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží aj ***vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.***

(Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa §24 ods.7 zákona NR SR
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. 308/2009 Z.z. o materskej škole.)

Dieťa (meno) ................................................................................

***Dieťa***  - bolo očkované proti bežných detským chorobám
 - nebolo očkované proti bežným detským chorobám

***Dieťa***  - je spôsobilé navštevovať bežnú MŠ
 - nie je spôsobilé navštevovať bežnú MŠ
 - odporúčanie pre špeciálnu MŠ

***Dieťa navštevuje aj iných detských špecialistov***.........................................................................

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

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