****

**ŽIADOSŤ o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**Žiadam o prijatie môjho syna/dcéry do materskej školy** na pobyt:

1. celodenný

2. poldenný

Dátum nástupu dieťaťa do materskej školy: ..................................................................................................................

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

Dátum a miesto narodenia: ..................................................................................................................................................

Národnosť: ............................ Štátna príslušnosť: ............................... Rodný jazyk:..........................................................

Rodné číslo: ..............................................................

Trvalý pobyt: .......................................................................................................................................................................

**Otec:**

Meno, priezvisko:.................................................................................................................................................................

Trvalý pobyt: .......................................................................................................................................................................

E-mail: ..................................................................................Telefonický kontakt: ............................................................

.

**Matka:**

Meno, priezvisko: ...............................................................................................................................................................

Trvalý pobyt:: ......................................................................................................................................................................

E-mail: ...................................................................................Telefonický kontakt: ...........................................................

Korešpondenčná adresa:

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

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Čestne vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé.**

**Beriem na vedomie, že žiadosť môže byť podaná do smš len spolu s lekárskym potvrdením.**

**Vaše osobné údaje spracúvame v súlade s platným Zákonom o ochrane osobných údajov (18/2018) a Nariadením Európskeho parlamentu a Rady EÚ 2016/679.**

Podpisy oboch zákonných zástupcov: ................................................................................................................................

V Trnave, dňa: ..............................................................

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti**

Celkový zdravotný stav dieťaťa vzhľadom k veku (psychický, fyzický, zmyslový vývin, povinné očkovania: áno-nie, alergie,.......): ..............................................................................................................................................................................................

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

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

Potvrdzujem, že dieťaťu neboli diagnostikované žiadne choroby, ktoré by neumožňovali jeho prijatie do materskej školy.

Dátum vydania potvrdenia: ................................. .......................................................................................

 Odtlačok pečiatky a podpis detského lekára

Meno detského lekára a telefonický kontakt :........................................................................................................................................

**SMŠ BESST Limbová 3, Trnava, ivana.puskarova@besst.sk, tel. č. 0917 102 611**