

Ž I A D O S Ť

o prijatie dieťaťa do Materskej školy Galaktická 11, Košice

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum a miesto narodenia:

Rodné číslo: Číslo ZP:.....

Adresa trvalého pobytu:..... PSČ:.....
Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

.....

Štátne občianstvo:..... Národnosť:.....

Meno a priezvisko otca, titul:

Adresa trvalého pobytu:.....

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

.....

Kontakt na účely komunikácie (tel. číslo a e-mailová adresa):

.....

Meno a priezvisko matky, titul:

Adresa trvalého pobytu:

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

.....

Kontakt na účely komunikácie (tel. číslo a e-mailová adresa):

.....

Prihlasujeme dieťa na pobyt:

a) celodenný

b) poldenný (desiata, obed)

Dieťa žiadame umiestniť od:

Zároveň svojim podpisom vyjadrujeme súhlas s využitím našich osobných údajov a osobných údajov nášho dieťaťa pre účely MŠ Galaktická 11 v zmysle zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov. Súhlasíme tiež s tým, aby škola spracúvala nami poskytnuté úradné doklady kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií a s tým, aby poskytla naše osobné údaje na ďalšie spracovanie oprávnenej právnickej osobe, ktorá ich potrebuje ku svojej činnosti na základe zákona, poverenia alebo zmluvy, ktorú so školou uzatvorila. Tento súhlas platí až do ukončenia predprimárneho vzdelávania v materskej škole a počas doby nutnej na archiváciu.

V Košiciach dňa:

.....

Podpisy zákonných zástupcov

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa (**zdravotná spôsobilosť**) 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. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení vyhlášky MŠ SR č. 308/2009 Z.z. (s uvedením skutočností, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania – alergia, astma, epilepsia, cukrovka a pod.) a záznam o povinnom očkovaní.

Dátum.....

Pečiatka a podpis lekára.....