

## ŽIADOSŤ O PRIJATIE NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE V MATERSKEJ ŠKOLE

Žiadosť prijatá dňa: .....

Evidenčné číslo prihlášky: .....

### Údaje o dieťaťi

Meno a priezvisko dieťaťa			
Dátum a miesto narodenia			
Rodné číslo		Materinský jazyk	
Štátna príslušnosť		Národnosť	
Zdravotná poisťovňa			
Adresa trvalého pobytu/ adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na mieste trvalého pobytu			

**Titul, meno a priezvisko matky:** .....

*Trvalé bydlisko:* ..... *PSC:* .....

*Adresa pobytu (ak je iná ako trvalé bydlisko):* .....

*Tel. číslo:* ..... *e-mail:* .....

*Dosiahnuté vzdelanie:* .....

**Titul, meno a priezvisko otca:** .....

*Trvalé bydlisko:* ..... *PSC:* .....

*Adresa pobytu (ak je iná ako trvalé bydlisko):* .....

*Tel. číslo:* ..... *e-mail:* .....

*Dosiahnuté vzdelanie:*.....

**Dieťa navštevovalo – nenavštevovalo MŠ (nehodiace prečiarknite)**

**ORIENTAČNÝ záujem zákonného zástupcu o pobyt:**

a) celodenný (desiata, obed, olovrant)

b) poldenný (desiata, obed)

**ZARADENIE DIEŤAŤA NA DRUH POBYTU V MŠ A DO TRIEDY MŠ JE V PLNEJ PRÁVOMOCI MŠ !!!**

## Údaje o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní podľa § 24 ods. 7 zák. č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon 355/2007 Z. z.“) a § 3 ods. vyhl. MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov. Podľa § 24 ods. 6 zák. č. 355/2007 Z. z. v predškolskom zariadení môže byť umiestnené dieťa, ktoré je:	
<b>Stanovisko pediatra:</b> <i>(pediater podčiarkne aktuálny stav; v prípade zdravotných obmedzení dieťaťa ich konkrétne uvedie)</i>	a) Dieťa je zdravotne spôsobilé bez obmedzení absolvovať predprimárne vzdelávanie v MŠ.  b) Dieťa je zdravotne spôsobilé s obmedzeniami absolvovať predprimárne vzdelávanie v MŠ. Konkrétne zdravotné obmedzenia dieťaťa:
<b>Údaje o povinnom očkovaní:</b> <i>(pediater podčiarkne aktuálny stav)</i>	a) Dieťa absolvovalo všetky povinné očkovania.  b) Niektoré povinné očkovania dieťa neabsolvovalo.
Potravinová alergia/ intolerancia:	
Dátum	Pečiatka a podpis lekára:

**Závazný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy .....**

V zmysle zákona o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem **súhlas škole ako spracovateľovi** so zberom a spracovaním poskytnutých osobných údajov uvedených v tejto papierovej/elektronickej prihláške a to za účelom evidencie prihlásených detí počas doby nevyhnutnej na plnenie úloh školy v súvislosti s prijímacím konaním a školskou dochádzkou dieťaťa.

Uvedený súhlas sa týka aj poskytnutia uvedených údajov tretím stranám v nevyhnutných prípadoch na zabezpečenie plnenia povinností školy pri prijímacom konaní a školskej dochádzke.

Dotknutá osoba má právo

- a) požiadať školu o prístup k osobným údajom, ktoré sa jej týkajú,
- b) na opravu, vymazanie, obmedzenie spracúvania osobných údajov a právo odňať súhlas so spracovaním; škola má však právo spracovávať osobné údaje v rozsahu plnenia svojich povinností podľa školského zákona a súvisiacich predpisov,
- c) získať osobné údaje, ktoré sa jej týkajú, v štruktúrovanom, bežne používanom a strojovo čitateľnom formáte a má právo preniesť tieto osobné údaje ďalšiemu prevádzkovateľovi,
- d) podať návrh na začatie konania o ochrane osobných údajov na Úrade na ochranu osobných údajov, ak dotknutá osoba tvrdí, že boli poškodené jej práva na ochranu osobných údajov.

Beriem na vedomie, že spracúvanie mojich osobných údajov sa riadi zákonom o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

**Vyhlasujem, že všetky údaje v žiadosti sú úplné a pravdivé.**

V ....., dňa: .....

**Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa: .....**

Prevzal: ..... dňa: ..... Podpis: .....