



Súkromná materská škola Viedenská cesta 257,
851 01 Bratislava

**Žiadosť o prijatie dieťaťa, pre ktoré je
predprimárne vzdelávanie povinné, na
individuálne vzdelávanie**

Podľa § 28b ods. 2 Zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene
a doplnení niektorých zákonov

podpísaný rodič (zákonný zástupca dieťaťa) žiadam o prijatie môjho dieťaťa na individuálne
vzdelávanie do Súkromnej materskej školy Viedenská cesta 257, 851 01 Bratislava v
školskom roku

od

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Dátum a miesto narodenia.....

Rodné číslo.....Národnosť.....Štátna príslušnosť.....

Zdravotná poisťovňa/číslo.....

Bydlisko.....

Dieťa v súčasnosti navštevuje/nenavštevuje MŠ na

ulici.....

Meno a priezvisko matky.....

Bydlisko (ak je odlišné od bydliska dieťaťa):

.....

Tel. č.:E-mail:.....

Zamestnanie:.....

Adresa pracoviska, tel. číslo:.....

.....

Meno a priezvisko, bydlisko otca (ak je odlišné od bydliska matky alebo dieťaťa)

.....
.....

Tel.č.: E-mail:.....

Zamestnanie:.....

Adresa pracoviska, tel. číslo:.....

.....

Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá bude uskutočňovať individuálne vzdelávanie dieťaťa, ktorému má byť povolené individuálne vzdelávanie

.....

K žiadosti sa prikladá:

1. Doklad o splnení kvalifikačných predpokladov podľa odseku 4 písm. a): doklad o získaní najmenej úplného stredného všeobecného vzdelania alebo úplného stredného odborného vzdelanie fyzickej osoby, ktorá bude uskutočňovať individuálne vzdelávanie dieťaťa

Alebo

2. Názov, sídlo a identifikačné číslo organizácie zariadenia, ak sa individuálne vzdelávanie zabezpečuje v zariadení podľa odseku 4 písm. b)*

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

Súhlas so spracovaním poskytnutých osobných údajov:

Týmto ako dotknutá osoba dobrovoľne udeľujem podľa § 11 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“) súhlas so spracúvaním poskytnutých osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, národnosť, štátna príslušnosť dieťaťa, bydlisko rodičov, telefón, emailová adresa, zamestnanie a adresa pracoviska. Súhlas so spracúvaním poskytnutých osobných údajov je na interné účely zariadenia ako aj na zasielania hromadných správ e-mailom: odber aktualít a potrebných informácií.

Dátum.....

Podpisy (oboch) rodičov.....

Pri odovzdaní prihlášky je nutné priložiť aj potvrdenie od pediatra o spôsobilosti dieťaťa navštevovať MŠ. Potvrdenie sa odovzdáva s dátumom najneskôr 1 pracovný deň pred nástupom dieťaťa do SMŠ. Bez lekárskeho potvrdenia je prihláška neplatná.

***Podľa § 24 ods. 1 písm. c) a e) zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov ide o tieto zariadenia:**

- **prevádzkarne**, v ktorých sa prevádzkuje živnosť starostlivosti o deti do šesť rokov veku dieťaťa, ak nie sú zariadeniami starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa, alebo
- **zariadenia**, v ktorých sa poskytuje služba výchovy a starostlivosti o deti a mládež, ak nie sú materskými školami podľa školského zákona; ani žiadnym druhom školského zariadenia podľa školského zákona; nie sú zariadeniami starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa; nie sú prevádzkarňami, v ktorých sa prevádzkuje živnosť starostlivosti o deti do šesť rokov veku dieťaťa a nie sú ani prevádzkarňami, v ktorých sa prevádzkuje živnosť výchovy a mimoškolského vzdelávania detí a mládeže, zariadením sociálnych služieb alebo zariadením sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately



POTVRDENIE JE POTREBNÉ PREDLOŽIŤ PRI NÁSTUPE
DIEŤA S DÁTUMOM **NAJNESKÔR 1 PRACOVNÝ DEŇ**
PRED NÁSTUPOM DIEŤAŤA DO SMŠ

**Súkromná materská škola Viedenská cesta 257,
851 01 Bratislava**

Žiadosť o prijatie dieťaťa do SMŠ s vyučovacím jazykom slovenským

Meno a priezvisko

dieťaťa:.....

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa:

Dieťa je spôsobilé/ nespôsobilé navštevovať SMŠ**

Ochorenia, alergie, iné závažné

problémy.....

.....

.....

.....

Dieťa má/nemá absolvované všetky povinné očkovania k dátumu nástupu do SMŠ**

V Bratislave dňa.....

Tel. č. pediatra.....

pečiatka a podpis pediatra

**nehodiace sa škrtnite