

# MATERSKÁ ŠKOLA, FIALOVÁ 12, BRATISLAVA

## ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

Číslo žiadosti (*doplňa škola/systém*):.....

Žiadam o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie do materskej školy od: .....

Meno a priezvisko **dieťaťa**:.....

Dátum narodenia: ..... Rodné číslo: .....

Miesto narodenia: .....

Národnosť: .....

Materinský jazyk: .....

Štátna príslušnosť: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Adresa miesta, kde sa dieťa obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu<sup>1</sup>:  
.....

Meno a priezvisko **matky**: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Adresa miesta, kde sa matka obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu<sup>2</sup>:  
.....

Kontakty na účely komunikácie:

E-mail: ..... Tel. č.: .....

Korešpondenčná adresa<sup>2</sup>: .....

Meno a priezvisko **otca**: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

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

Kontakty na účely komunikácie<sup>3</sup>:

E-mail: ..... Tel. č.: .....

Korešpondenčná adresa:.....

---

<sup>1</sup> Nehodiace sa údaje sa nevyplňajú.

<sup>2</sup> Uvedie sa len vtedy, ak je iná ako miesto trvalého pobytu alebo miesto, kde sa matka/otec obvykle zdržiava.



## Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti

*(podľa § 24 ods. 7 podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a § 59 ods. 4 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)*

**Meno a priezvisko dieťaťa:** .....

**Rodné číslo dieťaťa:** .....

**Adresa trvalého pobytu:** .....

**Vyjadrenie lekára:**

**Údaj o povinnom očkovaní:**

V ..... dňa .....

pečiatka a podpis všeobecného lekára  
pre deti a dorast

**Vyjadrenie príslušného zariadenia poradenstva a prevencie k prijatiu dieťaťa  
so zdravotným znevýhodnením do materskej školy**

*(podľa § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene  
a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)*

**Názov zariadenia:** .....

**Meno a priezvisko dieťaťa** .....

**Rodné číslo dieťaťa:**.....

**Adresa trvalého pobytu:** .....

**Vyjadrenie k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením na predprimárne  
vzdelávanie v materskej škole:**

V..... dňa: .....

.....

Titul, meno a priezvisko štatutárneho orgánu, pečiatka a podpis

**Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením do materskej školy**

*(podľa § 59 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)*

**Meno a priezvisko dieťaťa** .....

**Rodné číslo dieťaťa:**.....

**Adresa trvalého pobytu:** .....

**Vyjadrenie k prijatiu dieťaťa so zdravotným znevýhodnením na predprimárne vzdelávanie v materskej škole:**

V..... dňa: .....

.....

pečiatka a podpis