



Súkromná materská škola Tomáša Zanolita

Ul. východná 18, 036 01 Martin

Tel, fax: 043/430 6836

E-mail: szstzanovita@gmail.com

IČO: 42060133

Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

Podpísaný/á žiadam o prijatie svojho dieťaťa do Súkromnej materskej školy T. Zanolita, Ul. východná 18, 036 01 Martin

od.....20.....

Meno a priezvisko dieťaťa:	Dátum narodenia:
	Rodné číslo:
Miesto narodenia: Národnosť: Štátna príslušnosť:	Názov zdravotnej poisťovne:
Trvalý pobyt:	Prechodný pobyt:
Súp. číslo domu: Orient. číslo domu:	
Zákonný zástupca dieťaťa (meno, priezvisko, trvalý pobyt, tel. číslo, e-mail) Matka:	Zákonný zástupca dieťaťa (meno, priezvisko, trvalý pobyt, tel. číslo, e-mail) Otec:
Požadovaný výchovný jazyk: slovenský <input type="checkbox"/> iný (uviesť aký):	
Dieťa (zaškrtnite) <input type="checkbox"/> Navštevovalo MŠ (uviesť ktorý a od kedy do kedy) <input type="checkbox"/> Nenavštevovalo MŠ	
Počet súrodencov v rodine: / rok narodenia:	
V používaní lyžice, pije samostatne, používanie toalety je dieťa: <input type="checkbox"/> samostatné <input type="checkbox"/> nesamostatné	
Prihlasuje dieťa na formu výchovy a vzdelávania: <input type="checkbox"/> Celodenná (desiata, obed, olovrant) <input type="checkbox"/> Poldennú (desiata, obed)	
Žiadosť podaná v Martine, dňa:	
Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa: Matka: Otec:	
Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra <i>Dieťa netrpí žiadnou chorobou, ktorej prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplyvať na jeho pobyt v MŠ alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie jeho samotného alebo ostatných detí, ktoré sa na predprimárnom vzdelávaní v MŠ zúčastňujú. Potvrdzujem, že dieťa je spôsobilé/nespôsobilé navštevovať MŠ. Upozorňujem na: alergie, ochorenie, ktoré si vyžaduje pri poskytnutí prvej pomoci podať liek, iné ochorenia:</i>	
Údaje o povinnom očkovaní:	
..... dátum pečiatka a podpis lekára