

**Materská škola, Pifflova 10, Bratislava**

**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA NA PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE**

Číslo žiadosti (*dopĺňa 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>:

---

<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.



.....

V ..... dňa .....

## 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 dospelých

**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