



## Cirkevná materská škola sv. Terezky

Farská 1, 071 01 Michalovce

IČO: 35506385, Bankové spojenie: SK28 0200 0000 0000 2213 4552

☎: +421 904 722 570 mail: [cmsmichalovcefdc@gmail.com](mailto:cmsmichalovcefdc@gmail.com) www.cmsterezky.sk

---

### Žiadosť

### o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

podľa § 3 vyhlášky MŠ SR č.306/2008 Z.z. o Materskej škole

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Dátum narodenia .....

Bydlisko, č. tel. ....

Meno a priezvisko otca: .....

Tel. č. ....

Meno a priezvisko matky: .....

Tel. č. ....

V akom jazyku rodič požaduje zabezpečiť výchovu a vzdelávanie v materskej škole: .....

#### Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy:

.....

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v súlade s §28 ods. 3 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade požiadavkami Zriaďovateľa Kongregácie Dcér Božskej Lásky na Slovensku, so sídlom: Halenárska 8, Trnava.

Dátum: .....

Podpis rodičov: ..... .....

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa** podľa §24 ods. 7. zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

\*Dieťa : je spôsobilé navštevovať materskú školu  
nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

Údaje o povinnom očkovaní:

Dátum:

Pečiatka a podpis lekára:

Dátum prijatia prihlášky do materskej školy : .....

Podpis riaditeľky materskej školy : .....

## Dotazník k zápisu do MŠ

<b>Údaje o dieťati</b>		
Meno a priezvisko:	Rodné číslo:	
Miesto narodenia:	Okres:	
Národnosť:	Štátna príslušnosť:	
Kód a názov zdravotnej poisťovne:		
Pediater dieťaťa:	Tel. kontakt:	
<b>Poznámky k zdravotnému stavu</b>		
Je dieťa alergické? <input type="checkbox"/> áno      na čo: _____	<input type="checkbox"/> nie	
Užíva pravidelne lieky? <input type="checkbox"/> áno      aké: _____	<input type="checkbox"/> nie	
Navštevuje logopedickú poradňu? <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	
Iný zdravotný problém:		
Záujmy dieťaťa:		
Zlozvyky dieťaťa:		
<b>Dochádzka do MŠ (označiť krížikom)</b>		
Celodenná: <input type="checkbox"/>	Poldenná s obedom: <input type="checkbox"/>	Poldenná len s desiatou: <input type="checkbox"/>
V prípade ochorenia dieťaťa, kontaktná osoba a tel. číslo:		
<b>Údaje o zákonnom zástupcovi dieťaťa (komu je dieťa zverené do výchovy)</b>		
Zákonným zástupcom je: <input type="checkbox"/> obaja rodičia <input type="checkbox"/> otec <input type="checkbox"/> matka <input type="checkbox"/> iná osoba		
<b>Údaje o otcovi</b>		
Meno, priezvisko, titul:		
Adresa trvalého pobytu:		
Zamestnávateľ (názov a adresa):		
Pracovné zaradenie:	Pracovná doba od: _____ do: _____	
Telefón do zamestnania:	Mobil: _____	
<b>Údaje o matke</b>		
Meno, priezvisko, titul:		
Adresa trvalého pobytu:		
Zamestnávateľ (názov a adresa):		
Pracovné zaradenie:	Pracovná doba od: _____ do: _____	
Telefón do zamestnania:	Mobil: _____	
<b>Údaje o inom zákonnom zástupcovi</b>		
Meno, priezvisko, titul:		
Adresa trvalého pobytu:		
Zamestnávateľ (názov a adresa):		
Pracovné zaradenie:	Pracovná doba od: _____ do: _____	
Telefón do zamestnania:	Mobil: _____	

-----  
Podpis zákonného zástupcu