**Žiadosť o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

**do Piaristickej materskej školy F. Hanáka, A. Hlinku 44, Prievidza**

**Údaje o dieťati**

Meno a priezvisko.........................................................................................

Dátum a miesto narodenia ..........................................................................

Rodné číslo ...................................................................................................

Adresa bydliska ............................................................................................

**Údaje o žiadateľoch (zákonných zástupcoch)**

Meno a priezvisko otca...........................................................................................

Bydlisko otca ...........................................................................................................

Telefón/mobil .........................................................................................................

Meno a priezvisko matky ........................................................................................

Bydlisko matky ........................................................................................................

Telefón/mobil .........................................................................................................

**Dátum nástupu dieťaťa do materskej školy .............................................**

**Dátum podania žiadosti ..........................................................................**

**Podpisy zákonných zástupcov:**

**.................................................... ..................................................**

 **podpis otca podpis matky**

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa** podľa §24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a §59 ods. 4 zákona NR SR č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Je nutné uviesť informáciu o očkovaní dieťaťa:

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

Dátum: Pečiatka a podpis lekára: