

# INFORMÁCIE

## O DIEŤATI PRIJATÉHO DO SÚKROMNEJ MATERSKEJ ŠKOLY

PaedDr. Gabriela Česlová, PhD., riaditeľka  
**Súkromná materská škola**  
Rovná 597/15  
058 01 Poprad

Poprad \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko dieťaťa \_\_\_\_\_

Dátum a miesto narodenia \_\_\_\_\_

Bydlisko \_\_\_\_\_

Kontakt na zákonných zástupcov dieťaťa \_\_\_\_\_

Kontaktná adresa na písomnú korešpondenciu s MŠ (meno rodiča, adresa)

\_\_\_\_\_

Navštevovalo už dieťa kolektívne zariadenie? \_\_\_\_\_

Má/malo dieťa vážne zdravotné problémy? \_\_\_\_\_

Absolvovalo dieťa nejaké psychologické vyšetrenie? (Ak áno, aké? Priložte kópiu vyšetrenia.)

\_\_\_\_\_

Utrpelo dieťa vážny úraz? \_\_\_\_\_

Trpí dieťa častými horúčkami, angínami, nachladnutím, krvácaním z nosa, bolesťami hlavy, respiračnými chorobami, epilepsiou, alergiami (podčiarknite, alebo doplňte chýbajúce)

\_\_\_\_\_

Aké lieky dieťa užíva? \_\_\_\_\_

Neurotické ťažkosti dieťaťa \_\_\_\_\_

Emocionálne ťažkosti dieťaťa \_\_\_\_\_

Problémy v správaní \_\_\_\_\_

# INFORMÁCIE

## O DIEŤATI PRIJATÉHO DO SÚKROMNEJ MATERSKEJ ŠKOLY

Úroveň osvojenia hygienických návykov (podčiarknite, alebo doplňte chýbajúce):

- umývanie, použitie WC \_\_\_\_\_
- sebaobsluha \_\_\_\_\_
- obliekanie, obúvanie \_\_\_\_\_
- stolovanie, používa pri jedle príbor, je samostatné \_\_\_\_\_

Môže byť dieťa počas pobytu v SMŠ prepravované autobusom (výlet, exkurzia, plavecký výcvik) po oznámení rodičom? \_\_\_\_\_

Iné upozornenia rodičov \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupcu dieťaťa

# VYJADRENIE LEKÁRA

## POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

PaedDr. Gabriela Česlová, PhD., riaditeľka  
**Súkromná materská škola**  
Rovná 597/15  
058 01 Poprad

Poprad \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko dieťaťa \_\_\_\_\_

Dátum a miesto narodenia dieťaťa \_\_\_\_\_

Celkový zdravotný stav dieťaťa vzhľadom k jeho veku je \_\_\_\_\_

---

---

---

Absolvovalo dieťa všetky povinné očkovania? \_\_\_\_\_

Potvrdzujem, že dieťaťu neboli diagnostikované žiadne choroby, ktoré by neumožňovali jeho prijatie do materskej školy.

\_\_\_\_\_

odtlačok pečiatky a podpis lekára

(Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa, adresa trvalého bydliska)

# VYHLÁSENIE

## RODIČA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU DIEŤAŤA O BEZINFEKČNOSTI DIEŤAŤA

PaedDr. Gabriela Česlová, PhD., riaditeľka  
**Súkromná materská škola**  
Rovná 597/15  
058 01 Poprad

Poprad \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko dieťaťa \_\_\_\_\_ ,  
dátum narodenia \_\_\_\_\_ ,  
miesto narodenia \_\_\_\_\_ ,  
adresa \_\_\_\_\_ ,  
názov materskej školy, ktorú dieťa navštevuje \_\_\_\_\_ .

Prehlasujem, že naše dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenia (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia, alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu posledného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napríklad hnačka, angína, Vírusový zápal pečene, zápal mozgových plán, horúčkavité ochorenie s vyrážkam).

Som si vedomý / vedomá právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý / vedomá, že by som sa dopustil / dopustila priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Zb. zákonov o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

\_\_\_\_\_   
podpis zákonného zástupcu dieťaťa

(Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa, adresa trvalého bydliska,  
číslo občianskeho preukazu alebo iný doklad)

# SPLNOMOCNENIE

## V ZMYSLE § 7 ODS. 8 VYHLÁŠKY ČČ. 306/2008 Z.Z. O MATERSKEJ ŠKOLE

PaedDr. Gabriela Česlová, PhD., riaditeľka  
**Súkromná materská škola**  
Rovná 597/15  
058 01 Poprad

Poprad \_\_\_\_\_

### SPLNOMOCŇUJEM

Meno a priezvisko \_\_\_\_\_ ,

rodné číslo \_\_\_\_\_ ,

adresa \_\_\_\_\_ ,

číslo občianskeho preukazu \_\_\_\_\_ ,

iný doklad \_\_\_\_\_ ,

uvedený / uvedená má vzťah k dieťaťu ako \_\_\_\_\_ ,

na prevzatie môjho dieťaťa menom \_\_\_\_\_ ,

z materskej školy v čase môjho zaneprázdnenia dňa \_\_\_\_\_ .

**Citácia z vyhlášky:** „Na prevzatie svojho dieťaťa z materskej školy môže zákonný zástupca dieťaťa splnomocniť svoje dieťa staršie ako 10 rokov alebo inú pedagogickým zamestnancom známu osobu.“

\_\_\_\_\_   
podpis zákonného zástupcu dieťaťa

# ŽIADOSŤ

## O PRIJATIE DIEŤAŤA DO SÚKROMNEJ MATERSKEJ ŠKOLY

PaedDr. Gabriela Česlová, PhD., riaditeľka  
**Súkromná materská škola**  
Rovná 597/15  
058 01 Poprad

Poprad \_\_\_\_\_

Pobyt	celodenný (desiata, obed, olovrant)
	poldenný (desiata a obed)
	poldenný (desiata)
Dátum nástupu dieťaťa žiadam od	

<b>ZÁKLADNÉ ÚDAJE O DIEŤATI</b>	
Meno a priezvisko	
Dátum narodenia	
Miesto narodenia	
Rodné číslo	
Národnosť	
Štátne občianstvo	
Bydlisko	

<b>ZÁKLADNÉ ÚDAJE</b>	<b>MAMA</b>	<b>OTEC</b>
Titul		
Meno		
Priezvisko		
Mobil		
E-mail		
Zamestnávateľ		
Elektronická schránka	áno	áno
	nie	nie

<b>DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE</b>	
Počet súrodencov v rodine	
Má v škole súrodenca?	áno ( <i>napište triedu</i> )
	nie
Dieťa navštevovalo materskú školu	áno ( <i>napište akú</i> )
	nie
Ako zákonného zástupcu v školskom informačnom systéme uvádzať	otca
	matku

\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupcu dieťaťa

## **VYHLÁSENIE RODIČA**

1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do predškolského zariadenia osobne odovzdám službukonajúcej pedagogickej pracovníčke a po ukončení výchovnej starostlivosti ho preberie zákonný zástupca alebo iná poverená osoba (staršia ako 10 rokov) na základe písomného splnomocnenia zákonného zástupcu.
2. Zaväzujem sa, že oznámim riaditeľstvu predškolského zariadenia výskyt choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.
3. Beriem na vedomie, že ak moje dieťa nebude navštevovať predškolské zariadenie dlhšie ako 14 po sebe nasledujúcich dní bez uvedenia dôvodu, riaditeľ po predchádzajúcom písomnom upozornení môže jeho dochádzku do materskej školy ukončiť.
4. Čestne vyhlasujem, že dieťa nie je prihlásené v inej materskej škole.

\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupcu dieťaťa

\_\_\_\_\_

**Potvrdenie o prijatí žiadosti**  
dátum a podpis riaditeľky školy

# ŽIADOSŤ

## O UKONČENIE DOCHÁDZKY DIEŤAŤA DO MATERSKEJ ŠKOLY

PaedDr. Gabriela Česlová, PhD., riaditeľka  
**Súkromná materská škola**  
Rovná 597/15  
058 01 Poprad

Poprad \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko dieťaťa \_\_\_\_\_

Dátum narodenia \_\_\_\_\_

Týmto Vás žiadam o ukončenie dochádzky môjho dieťaťa do Súkromnej materskej školy,  
Rovná 597/15, 058 01 Poprad, od (dátum) \_\_\_\_\_  
z dôvodu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupcu dieťaťa

\_\_\_\_\_

**Potvrdenie o prijatí žiadosti**  
dátum a podpis riaditeľky školy



# VYHLÁSENIE

## O NEPREJAVOVANÍ PRÍZNAKOV AKÚTNEHO OCHORENIA

Poprad \_\_\_\_\_

Vyhlasujem, že dieťa \_\_\_\_\_ ,  
bytom v \_\_\_\_\_  
neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani  
lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil  
karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by dieťa alebo osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v  
priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na COVID-19.

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si ve-  
domý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochra-  
ne, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Meno a priezvisko zákonného zástupcu	
Adresa zákonného zástupcu	
Telefón zákonného zástupcu	

\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupcu dieťaťa