

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, horúčkovitité 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	

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

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

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE	
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 chorobu.
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
pribehu 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

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

ŽIADOSŤ

O VÝNIMOČNÉ PRIJATIE NA POVINNÉ PREDPRIMÁRNE VZDELÁVANIE

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

Poprad _____

Meno a priezvisko dieťaťa _____

Dátum narodenia _____

Bydlisko _____

Školský rok _____

Prílohy:

1. písomný súhlas príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie
2. písomný súhlas všeobecného lekára pre deti a dorast

_____ podpis zákonných zástupcov dieťaťa

LEKÁRSKE POTVRDENIE

O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA

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

Poprad _____

Ako všeobecný lekár pre deti a dorast vyjadrujem podľa § 24 ods. 7 zákona č. 355 / 2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 28a ods (3) Zákona č. 245/ 2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Súhlas – nesúhlas*

s výnimočným prijatím na plnenie povinného predprimárneho vzdelávania.

Meno a priezvisko dieťaťa _____

Dátum narodenia _____

Školský rok _____

* *nehodiace sa prečiarknite*

odtlačok pečiatky a podpis lekára