**SZŠ s MŠ pre žiakov a deti s autizmom, Do Stošky 8, 010 04 Žilina – Bánová**

 **ŽIADOSŤ**

**o prijatie dieťaťa do materskej školy**

podľa § 59 ods. 3, ods.4 a ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa § 3 ods. 1 až 3 vyhlášky č. 306/2008 o materskej škole

**žiadam o prijatie môjho syna / mojej dcéry\*) do materskej školy.**

 Dátum nástupu dieťaťa do materskej školy: ...........................

Meno a priezvisko dieťaťa: ......................................................................................................................

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

Národnosť: ................................ Štátne občianstvo: .................................. Rodné číslo: .........................

Bydlisko: ...................................................................................................................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ..................................................................................................

Tel. kontakt: ............................................................ e- mail: ...................................................................

**\*) Nehodiace sa prečiarknite**

.............................................. ...............................................
 podpis riaditeľa školy podpis zákonného zástupcu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjadrenie lekára – Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa**

Celkový zdravotný stav dieťaťa vzhľadom k veku:

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

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

Údaj o povinnom očkovaní:

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

Uvedenie prípadného ochorenia dieťaťa, ktorého prejavy alebo dôsledky by mohli negatívne vplývať na jeho pobyt

alebo ohrozovať, či obmedzovať výchovu a vzdelávanie samotného dieťaťa, alebo ostatných detí v kolektíve.

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

Dátum vydania potvrdenia: .......................................

 odtlačok pečiatky a podpis lekára