

Materská škola Pavla Horova 3, 841 07 Bratislava

**Žiadosť o prijatie
dieťaťa do materskej školy**

Podpísaný/á/ žiadam o umiestnenie svojho dieťaťa do budovy materskej školy na ulici.....od:.....

Meno, priezvisko a rodné priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:.....Národnosť:.....

Miesto narodenia:.....Rodné číslo:.....

Adresa trvalého pobytu*:

Zdravotný stav.....

Navštevuje alebo navštevovalo dieťa materskú školu alebo jasle? ÁNO/NIE, ako dlho?.....

Meno a priezvisko otca:.....

Adresa trvalého pobytu*..... č. tel:.....

Meno a priezvisko matky:.....

Adresa trvalého pobytu*..... č.tel:.....

Mená súrodencov, dátumy ich narodenia a trieda ak navštevujú/navštevovali MŠ Pavla Horova, za účelom presného zaradenia do triedy v rámci materskej školy a lepšej integrácie dieťaťa

.....
.....

Prehlasujem na svoju česť, že všetky údaje v tejto žiadosti uvedené sú pravdivé a beriem na vedomie, že v prípade zistenia nesprávnych údajov bude rozhodnutie o umiestnenie dieťaťa v MŠ zrušené.

V Bratislave dňa:..... Podpisy rodičov:.....

.....

Potvrdzujem, že dieťa má dobrý zdravotný stav a je spôsobilé navštevovať materskú školu

.....
pečiatka a podpis lekára

/X/ alergie, alergie na lieky, potraviny, druh a stupeň postihu, záchvaty, iné závažné ochorenia

*prosíme vpisovať adresu pobytu na území Slovenskej republiky

INFORMÁCIE O DIEŤATI

Meno a priezvisko:.....Dátum nar.:.....R.č.....

Bydlisko:..... číslo preukazu poistenca:.....

Súrodenci, meno, dátum narodenia:.....

1. Navštevovalo dieťa kolektívne zariadenie? Áno - nie
2. Ktoré choroby a v akom veku prekonal? / mumps, osýpky, kiahne.....
3. Bolo dieťa liečené v nemocnici? Áno - nie /uved'te chorobu /.....
4. Bolo dieťa operované ? áno - nie /uved'te na čo:.....
5. Utrpelo dieťa úraz? /aký, kedy /.....
6. Trpí dieťa : častými horúčkami, angínami, nachladeniami, nádchou, kašľom, krvácaním z nosa, bolesťami ucha, hlavy, zvracaním, závratmi, nechutenstvom, občasným zamdletím, febrilnými kŕčmi, epilepsiou, alergiami? / podčiarknite, doplňte:.....
7. Akou chorobou trpí dieťa teraz? /Aké lieky užíva ?...../
8. Neurotické ťažkosti dieťaťa:pomočovanie, nespavosť, obhrýzanie nechtov,doplňte..
 - Emocionálne ťažkosti dieťaťa:plačlivosť, bojzlivosť, agresivita,hnevlivosť, psychická labilita, ťažká prispôsobivosť?
 - Problémy v správaní dieťaťa:nadmerná živosť, vzdorovitosť, konflikty s deťmi, doplňte:.....
 - Uved'te výraznejšiu pohybovú neobratnosť, v čom?.....
 - Je nesamostatné v obsluhu? Ovláda základné hygienické návyky pri umývaní, po použití
 - . WC?.....
 - Je samostatné pri obliekaní, obúvaní, pri stolovaní? Dopln'te, podčiarknite.....
9. Má dieťa vrodenú, alebo získanú chybu? Áno - nie /mozgová obrna, prietrž...../
10. Má dieťa chybu zraku, sluchu, reči? Áno - nie/uved'te akú/.....
11. Je dieťa vyberavé v jedle?/Uved'te neoblúbené jedlá, iné požiadavky k stravovaniu/
12. Súhlasíte s prepravou dieťaťa autobusom pri aktivitách MŠ? Áno - nie
13. Iné upozornenia, oznámenia rodičov – uved'te zvláštnosti dieťaťa:

Telesné:	Duševné:
Povahové:	Zdravné:
14. Uved'te záujmy dieťaťa: výtvarné, rečovú, spevácke, tanečné,.....

EVIDENČNÝ LÍSTOK DIEŤAŤA MŠ PAVLA HOROVA 3

PRIEZVISKO:	MENO:
ADRESA DOMOV:	TEL.DOMOV:
DÁTUM NARODENIA:	MIESTO NARODENIA:
POČET DETÍ V RODINE:	
ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ:	NÁRODNOSŤ:
TRIEDA, KTORÚ DIEŤA NAVŠTEVUJE: (Vypíše sa až po prijatí dieťaťa)	ŠKOLSKÝ ROK:
PRIEZVISKO A MENO OTCA:	
ZAMESTNANIE:	ZAMESTNÁVATEL:
PRACOVNÝ ČAS OD: DO:	
TELEFÓN DO PRÁCE:	
PRIEZVISKO A MENO MATKY:	
ZAMESTNANIE:	ZAMESTNÁVATEL:
PRACOVNÝ ČAS OD: DO:	
TELEFÓN DO PRÁCE:	
DOLEŽITÉ UPOZORNENIA PRE TRIEDNE UČITELKY:	
ZDRAVOTNÉ PROBLÉMY POTVRDENÉ LEKÁROM: - lekárom potvrdené len alergie alebo ochorenie, ktoré si vyžaduje pri poskytnutí prvej pomoci podať liek...	ČÍSLO POISŤOVNE:
<u>VŠETKY KOLONKY VYPÍŠTE PALIČKOVÝM PÍSMOM! AKÉKOL'VEK ZMENY JE NUTNÉ NAHLÁSIŤ TRIEDNEJ UČITELKE! HLAVNE TELEFÓNNE ČÍSLA a zmenu trvalého pobytu.</u>	
PRIPOJIŤ FOTOKÓPIU PREUKAZU POISTENCA !	
PREHLASUJEM, ŽE VŠETKY ÚDAJE SÚ PRAVDIVÉ. PODPISY RODIČOV: 	DÁTUM: