**ŽIADOSŤ**

 **o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie v materskej škole**

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

**Dátum a miesto narodenia**:....................................................**rodné číslo**:...............................

**Štátna príslušnosť**: ......................................................... **národnosť**......................................

**Bydlisko**: trvalý pobyt:..........................................................prechodný pobyt...........................

**k zápisu do Materskej školy**.....................................................**záväzný nástup od**:................

**Ďalšie dôležité údaje o dieťati** ( zdravotné znevýhodnenie, iný stravovací režim a pod.): .......

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

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

Trvalé bydlisko:..........................................................................................................................

Kontakt za účelom komunikácie: tel. č.:..............................e-mail:..........................................

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

Trvalé bydlisko:............................................................................................................................

Kontakt za účelom komunikácie: tel. č.:..............................e-mail:..........................................

Súrodenci:.....................................................................................................................................

Dieťa navštevovalo – nenavštevovalo MŠ( uveďte kde a dokedy).............................................

Prihlasujem dieťa na pobyt: (celodenný, dopoludnia, iný) .........................................................

**Vyhlásenie rodičov /rodiča, zákonného zástupcu/:**

1. V prípade prijatia môjho dieťaťa do materskej školy sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SRč. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a príspevok na čiastočnú úhradu nákladov za stravovanie v zmysle § 140 ods. 9 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)a v súlade so VZN Mesta Zlaté Moravce č.1//2019 v znení dodatkov.
2. Vyhlasujem(e), že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie resp. dochádzku môjho dieťaťa do materskej školy.

V Zlatých Moravciach........................ .......................................................

Podpis zákonného/ných zástupcu/cov

**Čestné vyhlásenie o zdravotnom stave dieťaťa:**

 V zmysle rozhodnutia ministra školstva zo dňa 26. marca 2020 o podávaní žiadosti o prijatie dieťaťa do materskej školy bez potvrdenia lekára týmto čestne prehlasujem, že moje dieťa:

* **je / nie je**\* pravidelne očkované
* **má /nemá**\* zdravotné ťažkosti, na ktoré upozorníme osobne alebo v doloženom lekárskom potvrdení.

 Zároveň beriem na vedomie, že ak lekárske potvrdenie nedoložím k žiadosti najneskôr do 20.06.2020, bude moje dieťa prijaté na adaptačný pobyt.

V Zlatých Moravciach dňa: ..................

Podpis zákonného/ných zástupcu/ov:......................................................................................

\*nehodiace sa preškrtnúť

**Vyhlásenie zákonného zástupcu dieťaťa so ŠVVP**

(túto časť podpíše iba zákonný zástupca dieťaťa so ŠVVP)

Vzhľadom na to, že moje dieťa je dieťaťom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, k žiadosti o prijatie dieťaťa do MŠ doložím okrem vyjadrenia všeobecného lekára pre deti a dorast aj vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, či vyjadrenie príslušného odborného lekára.

Zároveň beriem na vedomie, že ak dané vyjadrenia nedoložím k žiadosti najneskôr do20.06.2020, bude moje dieťa prijaté na diagnostický pobyt.

V Zlatých Moravciach dňa: ..................

Podpis zákonného/ných zástupcu/ov:......................................................................................

**Súhlas rodičov /rodiča, zákonného zástupcu/ so spracovaním osobných údajov:**

Rodičia ako dotknuté osoby a ako zákonní zástupcovia dotknutej osoby, ktorou je maloleté dieťa, zmysle § 14 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č.18/2018 Z.z.“) udeľujú vyššie uvedenej materskej škole a zriaďovateľovi materskej školy: Mestu Zlaté Moravce, so sídlom 1.mája 2, Zlaté Moravce, IČO: 00 308 676, ako prevádzkovateľom súhlas so spracovaním a použitím

všetkých osobných údajov uvedených v tejto žiadosti a jej prílohách (vrátane fotokópií osobných dokladov a preukazov, ak sa vyhotovujú) a to za účelom uskutočnenia úradného postupu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a /alebo interných predpisov prevádzkovateľov vymedzeného predmetom tejto žiadosti. Zároveň **súhlasíme,** aby tieto osobné údaje boli prevádzkovateľmi poskytnuté iným subjektom na území SR, ktorým sú prevádzkovatelia povinní na základe osobitných právnych predpisov uvedené údaje poskytnúť.

Doba platnosti súhlasu sa viaže na dobu od udelenia súhlasu do ukončenia obdobia dochádzky dieťaťa do materskej školy.

Zároveň sme si vedomí, že poskytnuté osobné údaje budú archivované a likvidované v súlade s platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky.

Vyhlasujeme, že poskytnuté osobné údaje sú pravdivé.

Svojím podpisom potvrdzujeme, že okrem vyššie uvedených informácií týkajúcich sa poskytnutia osobných údajov, sme boli v zmysle § 19 zákona č. 18/2018 Z.z. prevádzkovateľmi tiež poučení o:

a) skutočnosti, že poskytnutie osobných údajov je dobrovoľné, avšak nevyhnutné pre uskutočnenie úradného postupu prevádzkovateľov za účelom riešenia podanej žiadosti

b) skutočnosti, že poskytnuté osobné údaje nebudú prenášané do zahraničia

c) právach dotknutej osoby:

- požadovať od prevádzkovateľa prístup k svojim osobným údajom (§21 zákona č. 18/2018 Z.z.)

- na opravu osobných údajov (§ 22 zákona č. 18/2018 Z.z.)

- na vymazanie osobných údajov a obmedzenie osobných údajov ( § 23 a § 24 zákona č.

 18/2018 Z.z.)

- na prenosnosť osobných údajov ( § 26 zákona č. 18/2018 Z.z.)

- namietať spracúvanie osobných údajov (§ 27 zákona č. 18/2018 Z.z.z)

- kedykoľvek svoj súhlas odvolať (§ 14 ods. 3 zákona č. 18/2018 Z.z.), pričom odvolanie

 súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho

 odvolaním

- podať návrh na začatie konania na Úrad na ochranu osobných údajov SR (§100 zákona

 č.18/2018 Z.z.)

V Zlatých Moravciach dňa ......................

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

podpisy dotknutých osôb – matka, otec (iný zákonný zástupca)

**Potvrdenie všeobecného lekára pre deti a dorast**

**o zdravotnom stave dieťaťa**

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa, vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní (podľa § 24 od. 7 zák. č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) a § 3 ods. 3 vyhl. MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov.

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

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

Rodné číslo:..................................................................................................................................

Trvalé bydlisko:............................................................................................................................

Dieťa je spôsobilé / nespôsobilé / navštevovať materskú školu

Psychický vývin .........................................................................................................................

Fyzický vývin..............................................................................................................................

Alergie, druh a stupeň postihnutia, iné závažné problémy...........................................................

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

Údaje o očkovaní........................................................................................................................

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

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

Dátum ..................... ............. ...........................................................

 pečiatka a podpis lekára