|  |  |
| --- | --- |
| **Vyhlásenie zákonného zástupcu**   1. Vyhlasujem, že svoje dieťa po príchode do materskej školy osobne odovzdám pedagogickému zamestnancovi a po ukončení výchovy a vzdelávania ho preberie zákonný zástupca alebo iná osoba (staršia ako 10 rokov), a to na základe môjho písomného splnomocnenia. 2. Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods.3 a príspevok na čiastočnú úhradu nákladov v školskej jedálni v zmysle § 140 ods. 9 Zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov. 3. Súhlasím so spracovaním osobných údajov zákonných zástupcov a dieťaťa uvedených v žiadosti na prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie, pre účely materskej školy a jeho zriaďovateľa, ktorí osobné údaje použijú výlučne v súlade s platnými legislatívnymi predpismi (zákon 596/2003 Z. z., zákon 245/2008 Z. z., zákon č. 18/2018 – ochrana osobných údajov). 4. Súhlasím so započítaním svojho dieťaťa do zberu údajov na účely rozdeľovania a poukazovania výnosu dane obci Chrenovec-Brusno a čestne vyhlasujem, že tento súhlas sme poskytli len jednej materskej škole, t.j. ZŠ G. Drozda s MŠ č. 395, Chrenovec-Brusno.      1. Čestne vyhlasujem, že v žiadosti som uviedol pravdivé údaje.   ................................................................................................................  Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa | |
| **Potvrdenie všeobecného lekára pre deti a dorast**  Odborné potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa, ktoré obsahuje aj údaj o povinnom očkovaní (podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 3 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole v znení neskorších predpisov):  Dieťa je telesne a duševne zdravé ÁNO NIE  Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve ÁNO NIE  Má diagnostikované závažné ochorenie ÁNO NIE  Absolvovalo všetky povinné očkovania ÁNO NIE  **(ošetrujúci lekár vyznačí krížikom)**     |  |  | | --- | --- | | Dátum: | Pečiatka a podpis lekára: | |

Dátum podania žiadosti:................................... .........................................................

Podpisy zákonných zástupcov dieťaťa