**ÚDAJE POTREBNÉ k žiadosti o prijatie dieťaťa do MŠ, ZŠ, ŠZŠ**

*TLAČIŤ OBOJSTRANNE!*

**Základné údaje dieťaťa**

Meno a priezvisko:

Dátum a miesto narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa miesta, kde sa dieťa alebo žiak obvykle zdržiava, ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu:

Rodné číslo: Štátna príslušnosť:

Národnosť: Občianstvo:

**Údaje o zákonných zástupcoch dieťaťa - povinné uviesť údaje oboch zákonných zástupcov - otec, matka** (zákon o elektronickej schránke, škola má povinnosť zasielať rozhodnutia obom zákonným zástupcom žiaka do elektronickej schránky bez ohľadu na to či ju má rodič zriadenú)

Adresát korešpondencie: matka – otec - obaja\*

**Otec -** Meno a priezvisko:

Rodné číslo otca:

Email: Telefónne číslo:

Adresa trvalého pobytu:

**Matka -** Meno a priezvisko:

Rodné číslo matky:

Email: Telefónne číslo:

Adresa trvalého pobytu:

**Ďalšie informácie**

Navštevovalo dieťa materskú školu (ak áno, uveďte názov školy):

Voliteľný predmet dieťaťa: Etická výchova/ Náboženská výchova\* – katolícka/evanjelická\*

Školský klub detí (ŠKD): Mám záujem – Nemám záujem\*

Ubytovanie v internáte: Mám záujem – Nemám záujem\*

Stravovanie v školskej jedálni: Mám záujem – Nemám záujem\*

Má dieťa alergiu, chorobu alebo inú diagnózu, o ktorej by mala škola vedieť?\*

Dispenzarizované v odborných ambulanciách:

Absolvované operácie:

Povinné očkovania: áno absolvované všetky – neabsolvované všetky – niektoré neabsolvované\*

Zdravotná poisťovňa: Všeobecná – Dôvera – Union – v zahraničí\*

Má dieťa špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby? Ak áno, aké?\*

Zdravotné znevýhodnenie: narušená komunikačná schopnosť – sluchové postihnutie\*

Žijú rodičia v spoločnej domácnosti? Áno – Nie\*

Organizačná zložka, do ktorej žiadam o prijatie môjho dieťaťa:\*

* MŠ pre žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou
* MŠ pre žiakov so sluchovým postihnutím
* ZŠ pre žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou
* ZŠ pre žiakov so sluchovým postihnutím
* ŠZŠ pre žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou
* ŠZŠ pre žiakov so sluchovým postihnutím

Zákonný zástupca dieťaťa doloží vyjadrenie príslušného Centra špeciálno-pedagogického poradenstva (správu z psychologického a špeciálno-pedagogického vyšetrenia) najneskôr do štyroch týždňov od skončenia mimoriadneho prerušenia školského vyučovania.

Vyplnením tohto formulára súhlasím so spracovaním uvedených osobných údajov žiaka a zákonných zástupcov v súlade s §11 zákona 245/200 Z. z.

V ................................dňa .....................

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

 Podpisy oboch zákonných zástupcov dieťaťa

\* nehodiace sa prečiarknuť