

**ŽIADOSŤ**  
**O PRIJATIE DIEŤAŤA DO MATERSKEJ ŠKOLY VYŠNÁ ŠEBASTOVÁ 94, 080 06 VYŠNÁ**  
**ŠEBASTOVÁ V ŠKOLSKOM ROKU 2024/2025 S NÁSTUPOM OD: 01. 09. 2024**

Meno dieťaťa:			
Priezvisko dieťaťa:			
Dátum narodenia:		Rodné číslo:	
Miesto narodenia:			
Národnosť:		Štátne občianstvo:	
Adresa trvalého pobytu:			
Adresa prechodného pobytu:			
Zdravotná poisťovňa:			

Meno a priezvisko otca:			
Adresa trvalého pobytu:			
Adresa prechodného pobytu:			
telefón:			
e-mail:			
Meno a priezvisko matky:			
Adresa trvalého pobytu:			
Adresa prechodného pobytu:			
telefón:			
e-mail:			

V.....dňa.....

podpis otca .....

podpis matky .....

**POTVRDENIE  
O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA A ÚDAJ O POVINNOM OČKOVANÍ <sup>1</sup>  
(OD VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DETI A DORAST)**

Dieťa: .....  
(meno a priezvisko dieťaťa)

Dátum narodenia: .....

- je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve materskej školy\*)
- nie je spôsobilé na pobyt v kolektíve materskej školy\*)

**Údaj o povinnom očkovaní dieťaťa:**

V.....dňa.....

lekára

.....  
Pečiatka a podpis

\*) nehodiace sa prečiarknite

**Poznámka: ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, zákonný zástupca predloží vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.**

<sup>1</sup> Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.