

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO(ÝCH) ZÁSTUPCU(OV):

Čestne vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti, vrátane zdravotného stavu dieťaťa, sú pravdivé. Beriem na vedomie, že v prípade zistenia nepravdivých informácií a údajov ako aj závažných skutočností, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania dieťaťa v MŠ, alebo by mohli mať negatívny dopad na vzdelávanie dieťaťa a ostatných detí môže riaditeľka materskej školy rozhodnúť o predčasnom ukončení predprimárneho vzdelávania v MŠ.

Čestne vyhlasujem, že dieťa je/nie je prijaté na predprimárne vzdelávanie v inej materskej škole. Ak je dieťa prijaté, uveďte adresu MŠ.....

Zároveň čestne vyhlasujem, že **budem dodržiavať školský poriadok materskej školy, riadne a včas uhrádzať mesačný príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov a príspevku na stravovanie v materskej škole** § 28 ods. 5, 6 a § 140 ods. 9, 10 zákona č.245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Som si vedomý/á, že v prípade porušovania školského poriadku materskej školy a neuhradenia príspevku za stravovanie a pobyt dieťaťa v MŠ môže riaditeľka MŠ rozhodnúť po predchádzajúcom písomnom upozornení o predčasnom ukončení predprimárneho vzdelávania v MŠ.

V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov súhlasím(e) so zberom a spracovaním osobných údajov o mojom dieťati a o identifikácii mojej osoby/našich osôb ako rodičov/zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 6 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

V prípade infekčnej choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne túto skutočnosť oznámim/e/ riaditeľke materskej školy.

Vzhľadom na to, že moje dieťa je/nie je dieťaťom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, k žiadosti prikladám/neprikladám aj vyjadrenie príslušného školského zariadenia výchovného poradenstva a prevencie a vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast, v prípade zmyslového a telesného postihnutia aj vyjadrenie príslušného odborného lekára.

**** nehodiace sa prečiarknuť***

Kráľová pri Senci, (dátum)

Podpisy zákonných zástupcov/rodičov (otec, matka):

.....