

Ž I A D O S Ť

o prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie

v Materskej škole Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

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

Dátum narodenia: .....................................Miesto narodenia: .............................................

Rodné číslo: .............................. Zdravotná poisťovňa: .......................................................

Bydlisko: .......................................................... Národnosť: .................................................

Meno a priezvisko otca: ............................................................Tel. číslo: ............................

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

e-mail: .........................................................

Meno a priezvisko matky: .......................................................Tel. číslo:...............................

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

e-mail: ...........................................................

**Záväzný dátum nástupu dieťaťa do materskej školy: .....................................................**

Vzťah k UPJŠ[[1]](#footnote-1): zamestnanec / študent

V ..........................................., dňa ...................... ..................................................

podpis zákonného zástupcu I

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

podpis zákonného zástupcu II

**Prehlásenie o zdravotnom stave dieťaťa:**

Týmto vyhlasujem, že dieťa .............................................................narodené ................................

je zdravé a môže byť začlenené do kolektívu.

Absolvovalo povinné očkovanie[[2]](#footnote-2): **áno / nie**

Dieťa je vedené v odbornej ambulancii:

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

Dátum: .......................................................

Podpis lekára: ............................................

1. Nehodiace sa prečiarknuť [↑](#footnote-ref-1)
2. Nehodiace sa prečiarknuť [↑](#footnote-ref-2)