##  Zápis detí do MŠ na školský rok 2020/2021

## V čase od 30.apríla 2020 do 31.mája 2020 sa môžu podávať **žiadostí o prijatie detí do materskej školy** pre nasledujúci školský rok . Pri podaní žiadosti o prijatie dieťaťa do materskej školy sa **nebude vyžadovať potvrdenie o zdravotnom stave.** Dieťa bude prijaté iba na adaptačný pobyt. **Žiadosti na prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie** na školský rok 2020/2021 sa budú podávať **od 30. apríla 2020 do 31. mája 2020** s tým, že:

* **podávanie žiadostí** o prijatie dieťaťa sa bude **organizovať bez osobnej prítomnosti detí;** odporúča sa komunikácia elektronickou formou, ak to technické podmienky umožňujú, prípadne iným spôsobom v závislosti od priestorových možností konkrétnej materskej školy **s dôrazom na dodržiavanie hygienicko-epidemiologických opatrení,**
* **potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa sa nebude vyžadovať;** ak do času vydávania rozhodnutia o prijatí dieťaťa zákonní zástupcovia dodatočne nepriložia potvrdenie o zdravotnom stave, dieťa bude prijaté len na **adaptačný pobyt,**
* ak pôjde o prijatie **dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, nebude sa vyžadovať predloženie vyjadrenia príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie;** ak zákonní zástupcovia dieťaťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami dodatočne nepriložia potvrdenie o zdravotnom stave a vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, dieťa bude prijaté len na diagnostický pobyt.

Vzor žiadosti, potrebné údaje:

 **Žiadosť**

 **na prijatie dieťaťa na predprimárne vzdelávanie**

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

Dátum a miesto narodenia.........................................................................................................

Rodné číslo....................................................... zdravotná poisťovňa .........................................

Bydlisko, č.d.................................................................................................................................

Meno a priezvisko otca.............................................................., č. telefónu...............................

Meno a priezvisko matky..........................................................,č.telefónu...................................

Forma výchovy a vzdelávania/celodenná, poldenná/ .................................................................

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

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne platiť príspevok na čiastočnú úhradu výdavkov materskej školy v zmysle § 28 ods. 3 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so VZN obce č. 5/2015 sumou 3 Eur 50 centov mesačne.

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

Žiadosti zasielať elektronicky v čase od 30.apríla 2020 do 31.mája 2020 na adresu školy:

msbanske@azet.sk.

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa je potrebné doručiť najneskôr do 23. júna 2020** **v tlačenej podobe.** Miesto a čas odovzdávania potvrdení bude podľa situácie ohľadom COVID-u-19. Po tomto dátume bude riaditeľka vydávať rozhodnutia o prijatí dieťaťa do MŠ, ak dovtedy nepriložia rodičia potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa, dieťa bude prijaté len na **adaptačný pobyt.**

 Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťa 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. 1 vyhlášky MŠ SR č. 306/2008 Z. z. o materskej škole.

Dieťa: je spôsobilé navštevovať materskú školu

 nie je spôsobilé navštevovať materskú školu

 **Údaje o povinnom očkovaní,** závažné ochorenia, alergie, ochorenie obmedzujúce pobyt dieťaťa v kolektíve, ochorenie obmedzujúce iné deti v kolektíve:

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

Dátum:...............................................................Pečiatka a podpis lekára...................................