**D O T A Z N Í K**

**k žiadosti o prijatie dieťaťa do ŠKD**

**Meno a priezvisko dieťaťa:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trieda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miesto narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Národnosť: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Štátne občianstvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Názov a číslo zdravotnej poisťovne dieťaťa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Číslo telefónu – domov: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Meno a priezvisko otca:** .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa zamestnávateľa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pracovné zaradenie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Meno a priezvisko matky:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa zamestnávateľa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pracovné zaradenie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Záväzný nástup dieťaťa do školského klubu detí žiadame odo dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum Podpisy oboch zákonných zástupcov

**VYHLÁSENIE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCOV**

* V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí bezodkladne oznámime túto skutočnosť pedagogickému zamestnancovi v ŠKD.
* Ďalej sa zaväzujeme, že oznámime aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie na prenosnú chorobu.
* Berieme na vedomie, **že na základe opakovaného porušovania vnútorného poriadku ŠKD** zákonnými zástupcami **môže riaditeľka školy,** ktorej je ŠKD súčasťou, okamžite skončiť dochádzku dieťaťa do ŠKD.
* Súčasne sa zaväzujeme, že budeme pravidelne mesačne , najneskôr do 15. dňa v danom kalendárnom mesiaci, platiť príspevok na čiastočnú úhradu nákladov na činnosť ŠKD v zmysle § 114 ods.7 zákona NR SR č.245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade so všeobecným záväzným nariadením obce (ďalej len VZN) č.4/2009 zo dňa 7.4.2009.
Výška mesačného poplatku je stanovená všeobecným záväzným nariadením (VZN) mesta/obce, je toho času vo výške 18€.
* Pravidelné mesačné poplatky budem uhrádzať: šekom, bankovým prevodom, internet banking (*zvolenú možnosť podčiarknite*)
* **Potvrdenie o platbe odovzdám p. vychovávateľke vždy do 15. v danom mesiaci**

***Čestne vyhlasujeme, že dieťa nie je prihlásené v inom školskom klube detí.***

***Dávame súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy*** *v zmysle § 11písmena 7 školského zákona.*

***Poznámka:***

*Ak ide o dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami,* ***zákonný zástupca***

***predloží:***

 *vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie****;***

 *vyjadrenie* ***detského lekára žiaka k návšteve ŠKD.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum Podpisy oboch zákonných zástupcov

 (v prípade úplnej rodiny)

Vedúca ŠKD: Beáta Oškerová

 oskerova@prikrizi.sk

 0911972542