*Katolícka spojená škola, Školská 9, Nemšová*

*Organizačná zložka Materská škola sv. Gabriela, Školská 9, Nemšová*

Číslo žiadosti: ............................................ Dátum: .........................................................

Miesto: .........................................................

**ŽIADOSŤ**

**o prijatie dieťaťa do materskej školy v školskom roku 2024/2025**

**DIEŤA**

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

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

Národnosť: ................................................................. Štátne občianstvo: ......................................................

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

Trvalý pobyt: ...................................................................................................................................................

**RODIČIA**

***Otec***

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

Trvalý pobyt: .......................................................................................................................................................

Telefónne číslo: .............................................................. e-mail: ........................................................................

***Matka***

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

Trvalý pobyt: .......................................................................................................................................................

Telefónne číslo: .............................................................. e-mail: ........................................................................

Počet súrodencov: ...............................................................................................................................................

Zdravotná spôsobilosť dieťaťa (choroby a diagnózy): ........................................................................................

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

Podpis zákonného zástupcu ***(matka)*** Podpis zákonného zástupcu ***(otec)***