

Žiadosť o prijatie do Z Á K L A D N E J Š K O L Y
s materskou školou pre deti a žiakov so sluchovým postihnutím internátnej
Drotárska cesta 48, Bratislava

V školskom roku / žiadam o prijatie do základnej školy do ročníka.

Meno a priezvisko **diet'at'a**

Dátum narodenia Miesto narodenia

Rodné číslo Národnosť Štátna príslušnosť

Bydlisko PSČ

Údaje o zákonných zástupcoch:

Meno a priezvisko **matky**

Meno a priezvisko **otca**

kontaktná adresa tel. č.

Dieťa má nasledujúce zdravotné znevýhodnenie:

Rozhodnutie o prijatí/neprijatí diet'at'a žiadam:

- zaslať do elektronickej schránky www.slovensko.sk (nie email) na adresu
- zaslať prostredníctvom Slovenskej pošty na kontaktnú adresu zákonného zástupcu
- prevziať osobne

V Bratislave, dňa

.....
podpis matky

.....
podpis otca

SPLNOMOCNENIE

Splnomocňujem matku/otca diet'at'a,
bytom na všetky právne úkony,
ku ktorým dochádza v súvislosti s informáciami a korešpondenciou o našom dieťati medzi splnomocnenou
osobou a Základnou školou s materskou školou pre deti a žiakov so sluchovým postihnutím internátnou,
Drotárska cesta 48, 811 04 Bratislava. V prípade zmeny v priebehu školskej dochádzky Vás žiadame
o oznámenie tejto skutočnosti riaditeľstvu školy.

.....
podpis matky

.....
podpis otca

Povinnou prílohou Žiadosti o prijatie do základnej školy je správa z diagnostického vyšetrenia zariadenia výchovného poradenstva a prevencie (v súlade s §7, ods.2 Vyhlášky č. 322/2008 Z. z. Ministerstva školstva Slovenskej republiky o špeciálnych školách)