****

Hviezdoslavova 35, Nové Mesto nad Váhom 91501, Kontakt: 0918 583 803

email: nm.littlestars@gmail.com

**PRIHLÁŠKA**

**Dieťa:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno: | Priezvisko: |
| Dátum narodenia: | Národnosť: |
| Bydlisko(ulica, mesto/obec, PSČ): |  |
| Rodné číslo: | Zdravotná poisťovňa: |
| **Termín nástupu:** |  |

**Otec:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: |  |
| Bydlisko: |  |
| Telefónne číslo: | Email: |

**Matka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: |  |
| Bydlisko: |  |
| Telefónne číslo: | Email: |

**Preberanie dieťaťa z Little Stars – splnomocnené osoby iné ako rodič:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: | Vzťah k dieťaťu( napr. babička) |
| Meno a priezvisko: | Vzťah k dieťaťu(napr. babička) |

 **Programy:** \*prosím označiť vybraný program na ktorý prihlasujete svoje dieťa

|  |  |
| --- | --- |
| **Celodenný** *7:00 – 16:30*  |   |
| **Poldenný**  *7:00 – 12:00*  | *12.00 – 16.30* |
| Pobyt podľa „**dohody“ :** prosím vyznačiť dni   Pondelok Utorok Streda   |  Štvrtok Piatok |
| **Pobyt podľa dohody: prosím vyznačiť dĺžku pobytu**    |  Poldenný Celodenný  |

**Ďalšie informácie o dieťati:** \*nehodiace prečiarknite

|  |
| --- |
| Dieťa trpí ALERGIAMI:**ÁNO** – prosím uviesť: **NIE** |
| Dieťa má INTOLERANCIU na potraviny:**ÁNO** – prosím uviesť: **NIE** |
| Dieťa dlhodobo užíva lieky:**ÁNO** – prosím vypísať aké **NIE** |
| Dieťa navštevuje Pedagogicko-psychologickú poradňu a Logopedickú poradňu:**ÁNO NIE** |
| Doplňujúce informácie o dieťati, alebo čo by sme mali vedieť: |

**Súhlas so spracovaním osobných údajov:** v zmysle zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osob. údajov

|  |
| --- |
| Ako zákonní zástupcovia dieťaťa svojim podpisom dávame súhlas Súkromnej materskej škole Little Stars na:* Používanie osobných údajov môjho dieťaťa/mojich detí a to mena a priezviska, dátumu narodenia, rodného čísla, adresy bydliska, štátnej príslušnosti pre potreby výchovy a vzdelávania, pre účasť na súťažiach, podujatiach organizovaných Little Stars – napr. divadlo, beseda a pod., návštevách – napr. návšteva ZŠ, školských pobytoch a aktivitách spojených v rámci krúžkovej činnosti.
* Používanie vyššie uvedených osobných údajov a spracovanie videozáznamov pre potreby a prezentáciu škôlky v médiách a pre dokumentačnú archiváciu
* Kopírovanie, skenovanie, uverejňovanie fotografií z aktivít a činností škôlky na webstránke a FB stránke Little Stars
 |

**Vyhlásenie zákonných zástupcov dieťaťa:**

|  |
| --- |
| * Zaväzujeme sa , že neodkladne oznámime zariadeniu Little Stars výskyt choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou, každé očkovanie dieťaťa. Ďalej sa zaväzujeme, že vždy oznámime v rannom filtri učiteľke prípadný aktuálne zhoršený zdravotný stav.
* Súčasne sa zaväzujeme, že budeme pravidelne mesačne a v termíne, vždy do 15.dňa v mesiaci uhrádzať školné vo výške podľa vybraného programu
* Zaväzujeme sa bez zbytočného odkladu oznámiť Little Stars každú zmenu našich osobných údajov a osobných údajov nášho dieťaťa
* Čestne vyhlasujeme, že všetky údaje uvedené v tejto prihláške sú pravdivé
 |

**Svojim podpisom dávame súhlas a potvrdzujeme, že sme porozumeli vyššie uvedeným skutočnostiam a boli nám dané všetky potrebné informácie**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu (otca) |  |
| Dátum: | Podpis: |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu (matky) |  |
| Dátum: | Podpis: |