Súkromná materská škola, Lučivná 290 059 31 Lučivná

**Vec: Prihláška so súhlasom na zaradenie do MŠ**

**Prihlasujem svoje dieťa na predprimárne vzdelávanie a súhlasím s činnosťami vykonávanými v MŠ**

Meno dieťaťa.................................................... Dátum narodenia .........................................

Miesto narodenia................................................ Vek .........................................

Predškolák Áno/Nie (\* zakrúžkovať)

Zdravotné znevýhodnenie/špecifické výchovno-vzdelávacie potreby Áno/Nie (\* zakrúžkovať)

Ak áno aké ...................................................................................................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .....................................................................................

Bydlisko........................................................................................................................................

Dátum nástupu dieťaťa na kúpeľnú liečbu .....................................

odchod z TKL ................................

Dátum: ............................................. Podpis zák. zástupcu .................................................

Zákonní zástupcovia svojím podpisom potvrdzujú, že boli ako dotknutá osoba riadne oboznámená   
so spracovaním osobných údajov podľa čl. 13. a 14. Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679   
z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov.

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

Súkromná materská škola, Lučivná 290 059 31 Lučivná

**Vec: Prihláška so súhlasom na zaradenie do MŠ**

**Prihlasujem svoje dieťa na predprimárne vzdelávanie a súhlasím s činnosťami vykonávanými v MŠ**

Meno dieťaťa.................................................... Dátum narodenia .........................................

Miesto narodenia................................................ Vek .........................................

Predškolák Áno/Nie (\* zakrúžkovať)

Zdravotné znevýhodnenie/špecifické výchovno-vzdelávacie potreby Áno/Nie (\* zakrúžkovať)

Ak áno aké ...................................................................................................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .....................................................................................

Bydlisko........................................................................................................................................

Dátum nástupu dieťaťa na kúpeľnú liečbu .....................................

odchod z TKL ................................

Dátum: ............................................. Podpis zák. zástupcu .................................................

Zákonní zástupcovia svojím podpisom potvrdzujú, že boli ako dotknutá osoba riadne oboznámená   
so spracovaním osobných údajov podľa čl. 13. a 14. Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov.