**D O T A Z N Í K  O  D I E Ť A T I**

**Zákonný zástupca dieťaťa:**

**Meno a priezvisko dieťaťa:**

**Dátum a narodenia dieťaťa:**

**Bydlisko:**

* Navštevovalo dieťa kolektívne zariadenie ? áno – nie
* Ktoré choroby prekonalo?.................................................................................................
* Utrpelo dieťa úraz ? áno (uveďte, aký) – nie...................................................................

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

* Trpí dieťa – častými horúčkami, angínami, nachladením, respiračnými ochoreniami, krvácaním z nosa, bolesťami hlavy, vracaním, závratmi (podčiarknite, doplňte) ...........................................................................................................................................
* Aké lieky dieťa užíva ? (uveďte dôvod)...........................................................................
* Neurotické ťažkosti dieťaťa: pomočovanie, nespavosť, obhrýzanie nechtov, zajakavosť (podčiarknite, doplňte)....................................................................................
* Emocionálne ťažkosti dieťaťa: plačlivosť, bojazlivosť, agresivita, vzdorovitosť, ťažká prispôsobivosť (podčiarknite, doplňte).............................................................................
* Ako dieťa vyjadruje svoje biologické potreby?................................................................

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

* Je samostatné v sebaobsluhe: obliekaní, obúvaní, stolovaní (podčiarknite)
* Je samostatné v hygienických návykoch: používanie WC, umývanie (podčiarknite)
* Používa počas spánku doma plienku? áno – nie
* Má dieťa chybu: zraku áno – nie

 sluchu áno – nie

* Má dieťa alergiu ? áno – nie
* Má dieťa alergiu na potraviny ? áno – nie

Ak áno, tak čo nesmie jesť (je potrebné potvrdenie od lekára)........................................

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

* Iné upozornenia, oznámenia o dieťati:..............................................................................

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

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

Zákonný zástupca je povinný informovať MŠ o zmenách v zdravotnom stave dieťaťa alebo iných závažných skutočnostiach, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh výchovy a vzdelávania (§ 144 ods. 7 písm. d) zákona č. 245/2008 Z.z.). V prípade, že tak rodič neurobí, riaditeľka SŠ po nástupe dieťaťa do MŠ po zistení okolností negatívne ovplyvňujúcich výchovu a vzdelávanie konkrétneho dieťaťa alebo ostatných detí zúčastňujúcich sa na výchove a vzdelávaní pristúpi k tomu, že určí **diagnostický pobyt dieťaťa**, počas ktorého sa overí, či dôjde k zmene formy výchovy a vzdelávania (§ 108 zákona č. 245/2008 Z.z.) príp.

**po predchádzajúcom opakovanom písomnom upozornení zákonného zástupcu** pristúpi k vydaniu rozhodnutia buď **o prerušení dochádzky dieťaťa do MŠ**, alebo **o predčasnom ukončení predprimárneho vzdelávania** z dôvodu, že MŠ nie je schopná, vzhľadom na svoje podmienky (personálne, priestorové ale napr. aj materiálno-technické), poskytnúť dieťaťu výchovu a vzdelávanie primeranú druhu a stupňu jeho zdravotného znevýhodnenia.

**Dátum:**

**Podpis zákonného zástupcu dieťaťa:**