**Materská škola, Iľjušinova 1, 851 01 Bratislava**

**INFORMOVANÝ NESÚHLAS S ORIENTAČNOU DIAGNOSTIKOU ŠKOLSKEJ ZRELOSTI**

1. Zákonný zástupca (uveďte: meno a priezvisko, adresa trvalého pobytu, telefónny kontakt):

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

1. Zákonný zástupca (uveďte: meno a priezvisko, adresa trvalého pobytu, telefónny kontakt):

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

Potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) a riadne poučený(á) školským podporným tímom s možnosťou vykonania orientačnej diagnostiky školskej zrelosti a **dobrovoľne nesúhlasím s vykonaním orientačnej diagnostiky školskej zrelosti u dieťaťa v Materskej škole Iľjušinova 1 , 851 01 Bratislava.**

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím s tým, aby Materská škola, Iľjušinova 1, 851 01 Bratislava, spracúvala osobné údaje v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) všeobecného nariadenia o ochrane údajov, v rozsahu uvedenom v § 11, ods. 6 Školského zákona.

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

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

V .......................................... dňa: ...................................... .....................................................................

 podpis 1. zákonného zástupcu

V .......................................... dňa: ...................................... .....................................................................

 Podpis 2. zákonného zástupcu