Zápisný lístok sa vydáva v zmysle § 9 ods. 1 písm. e) vyhlášky MŠ SR č. 330/2009 Z.z. o zariadení školského stravovania

**ZÁPISNÝ LÍSTOK STRAVNÍKA školský rok 2023/2024**

**na osobitný spôsob stravovania formou individuálnej donášky stravy**

**Záväzne** prihlasujem svoje dieťa / žiaka na stravovanie v Školskej jedálni pri ZŠ Nad Medzou 1, Spišská Nová Ves na školský rok 2023/2024 formou individuálnej donášky stravy.

**Meno a priezvisko žiaka**: .............................................................Trieda (2023/2024): ......................

Adresa bydliska: .....................................................................................................................

Druh stanovenej diéty na základe posúdenia odborného lekára: ...........................................................

(Zákonný zástupca doloží potvrdenie od odborného lekára nie staršie ako 3 mesiace, že zdravotný stav dieťaťa vyžaduje osobitné stravovanie na základe stanovenej diagnózy so stanovením odporúčanej diéty.)

**Meno a priezvisko matky /zákonného zástupcu/:** ............................................................................

Telefonický kontakt:.................................. E-mail na zák. zástupcu:....................................................

**Meno a priezvisko otca /zákonného zástupcu/:**.................................................................................

Telefonický kontakt:.................................. E-mail na zák. zástupcu:....................................................

**Denný doplatok zákonného zástupcu za obed:**

* Stravník s donášanou vlastnou stravou v obedári – DIÉTA = **0,10** € za jeden obed ( príspevok na režijné náklady)

**Súhlas zákonného zástupcu žiaka**

*Svojím podpisom* ***udeľujem súhlas*** *prevádzkovateľovi informačného systému – ŠJ pri ZŠ Nad Medzou 1, Spišská Nová Ves -* ***so spracovaním osobných údajov*** *dieťaťa, ktorého som zákonným zástupcom, a to v informačnom systéme „Stravné“, pre účel poskytnutia stravovania v rozsahu: meno a priezvisko stravníka, adresa bydliska a meno, priezvisko, zdravotný stav – diéta určená lekárom, telefonický a e-mailový kontakt a číslo účtu zákonného zástupcu žiaka.**Som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.*

 V Spišskej Novej Vsi, dňa ............................ Podpisy zákonných zástupcov: ................/...................

Prílohy:

1. Žiadosť o dotáciu na podporu výchovy k stravovacím návykom dieťaťa na diétne stravovanie

*príloha 1*

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

priezvisko, meno, adresa žiadateľa (zákonného zástupcu dieťaťa)

**ŽIADOSŤ**

**rodiča** **dieťaťa** **alebo** **fyzickej** **osoby,** **ktorej** **je** **dieťa** **zverené** **do** **starostlivosti** **rozhodnutím** **súdu** **o** **podanie** **žiadosti** **o** **poskytnutie** **dotácie** **na** **podporu**

**výchovy** **k** **stravovacím** **návykom** **dieťaťa**

**(návratka)**

V zmysle § 4 ods. 3 písm. a) zákona č. 544/2010 Z. z. o dotáciách v pôsobnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR v znení neskorších predpisov1, ja dolu podpísaný:

Meno a priezvisko žiaka/y ZŠ Nad Medzou 1: ...........................................................................

Adresa bydliska:...........................................................................................................................

**žiadam** **/** **nežiadam2** o poskytnutie dotácie na stravu na dieťaťa, ktorého zdravotný stav si vyžaduje osobitné stravovanie:

- meno a priezvisko, rodné číslo dieťaťa:................................................................................

- meno a priezvisko, rodné číslo dieťaťa:................................................................................

- meno a priezvisko, rodné číslo dieťaťa:................................................................................

- meno a priezvisko, rodné číslo dieťaťa:................................................................................

**Druh diéty\*:** *bezlepková* šetriaca diabetická *(\*nehodiace sa preškrtnite)*

**e-mailová adresa/telefón:**

**Číslo ban. účtu - IBAN:** .....................................................................

**Príloha: potvrdenie od odborného lekára, že zdravotný stav dieťaťa si vyžaduje osobitné stravovanie nie staršie ako tri mesiace**

V .....................................dňa.............................

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

 vlastnoručný podpis žiadateľa

Súhlas so spracúvaním osobných údajov:

Podpisom tejto návratky rodič dieťaťa alebo fyzická osoba, ktorej je dieťa zverené do starostlivosti rozhodnutím súdu dáva súhlas na spracovanie svojich osobných údajov a osobných údajov dieťaťa / žiaka v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

1 Právna úprava účinná od 01.05.2023.

2 **Vyhovujúce** **zakrúžkujte** **alebo** **podčiarknite**.