

Registrační číslo  
dítěte:

vyplní zapisující  
učitel

Č.j.:

vyplní škola

**Žadatel - zákonný zástupce:**

(jméno, příjmení, místo trvalého pobytu, popř. jinou adresu pro doručování)

**Správní orgán, jemuž je žádost doručována:**

Základní škola a mateřská škola Olšany, okres Šumperk, příspěvková organizace  
Olšany 64, PSČ 789 62

## Žádost

Podle ustanovení § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

**žádám o přijetí mého dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku \_\_\_\_\_**

jméno a příjmení \_\_\_\_\_ ,

**datum narození** \_\_\_\_\_ ,

**místo trvalého pobytu** \_\_\_\_\_

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření. Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.  
Byl jsem poučen o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád) v platném znění, zejména o možnosti nahlížet do spisu.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpisem stvrzuji, že výše jmenovaný(á) byl řádně očkovan(a) a doklad doložím před nástupem do MŠ.

podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_

*Přílohy u dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami:*

- 1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení*
- 2. Doporučení lékaře*