

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA VELVARY**

**ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY**



Číslo jednací /20\_\_

**Žadatel o odklad - zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

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

**žádám o odklad povinné školní docházky mého dítěte - jméno:**

\_\_\_\_\_

**Doplňující informace k žádosti:**

**Adresa žáka:**

**Datum narození:**

**Místo:**

**Státní občanství:**

**Národnost:**

**Rodné číslo:**

**Pojišťovna:**

**Dětský lékař:**

**Telefon:**

**Starší sourozenec ve škole (třída):**

**Přílohy:**

1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení.
2. Doporučení odborného lékaře (klinického psychologa)

\_\_\_\_\_ podpisů zákonných zástupců

Ve Velvarech, dne: \_\_\_\_\_

Školní 269  
Velvary  
273 24

Telefon: 315761060  
Mob: 739040121  
E-mail: zsvelvary@email.cz