

## 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:**

**Telefon (zákonný zástupce):**

**Pojišťovna:**

**Dětský lékař:  
(nepovinný údaj)**

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

#### **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@zsvelvary.cz