

ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Žadatel (zákonný zástupce dítěte): _____

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování: *) _____

E-mail: _____ Telefon: _____

*) vyplňte, pokud je odlišná od místa trvalého pobytu

Podle § 37odst. 1, 2 zákona č. 561/2004Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen školský zákon),

žádám o odklad povinné školní docházky mého dítěte

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo trvalého pobytu: _____

MŠ: _____

pro děti narozené od 1. 9. 2019 do 31. 3. 2020

- Doporučující posouzení příslušného školského poradenského zařízení (PPP, SPC)
- Doporučující posouzení lékaře nebo klinického psychologa (posouzení nemůže vydat praktický lékař pro děti a dorost ani pediatr)

pro děti narozené od 1. 4. do 31. 8. 2020

- Doporučující posouzení příslušného školského poradenského zařízení (PPP, SPC)
- Doporučující posouzení lékaře nebo klinického psychologa

V Berouně dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____