Základní škola Kovanice

Kovanice 69

Nymburk 28802

Zákonný zástupce

Jméno ………………………………….....................................................

Adresa …………………………………………………………………….

Telefon …………………………................................................................

**Žádost o odklad školní docházky**

Dítě ……………………………………............... nar. dne ………………………

Žádám o odklad školní docházky syna/dcery z důvodu:

Podle zákona § 37 zákona č. 561/2004 Sb., Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), doložím svou žádost posouzením příslušného školského poradenského zařízení a posudkem odborného lékaře.

V ………........................................ dne………………

 …………………………….

 Podpis

Přílohy:

1. Vyjádření pedagogicko psychologické poradny

2. Vyjádření odborného lékaře