# **Věc: Žádost o odklad povinné školní docházky**

**Žadatel:**  zákonný zástupce:

jméno a příjmení: ......................................................................................................................

místo trvalého bydliště: ............................................................................................................

 ...........................................................................................................

telefon: .................................................. email: ……………………………………………………………………

**Adresát:** Základní škola Hlubočky – Mariánské Údolí

 Olomoucká 355, 783 65 Hlubočky

 ředitelka školy: Mgr. Lucie Hladíková

Podle ustanovení § 37 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon),

**žádám o odklad povinné školní docházky pro školní rok ………………………….………..**
 své/ho syna/dcery\*: ..........................................................................................

nar. ..................... místo nar.: ......................................... státní občanství: ...............................

adresa:.........................................................................................................................................

K žádosti přikládám doporučující posouzení pedagogicko-psychologické poradny a odborného lékaře - **praktický lékař pro děti a dorost** (*nebo klinického psychologa*)\*.

 ...................................................................

 podpis zákonného zástupce

V .................................................. dne:..................................

 Přílohy:

**Doporučující posouzení pedagogicko-psychologické poradny**

**Doporučující posouzení odborného lékaře nebo klinického psychologa\***

**Věc: Příloha k žádosti O odklad povinné školní docházky**

Jméno a příjmení dítěte: …………………………………………………………………………...

Datum narození: …………………………………..

Místo narození: ………………………… Státní občanství: …………………………………..

Místo trvalého pobytu: ……………………………………………………………………………..

Podpis žadatele: ………………………………………………

 (zákon.zástupce dítěte)

**Vyjádření lékaře:**

Doporučující posouzení *odborného lékaře (****praktický lékař pro děti a dorost) nebo klinického psychologa\*****.*

Datum ………………………. ………………………………………………………………

 razítko a podpis lékaře