

ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Žádám o odklad povinné školní docházky pro svého syna/dceru :

Jméno a příjmení dítěte : _____

Datum narození : _____ Rodné číslo : _____

Trvalé bydliště : _____

Jméno a příjmení matky : _____

Bydliště : _____ Telefon : _____

Jméno a příjmení otce : _____

Bydliště : _____ Telefon : _____

Dítě NAVŠTĚVUJE – NENAVŠTĚVUJE mateřskou školu (uveďte adresu předškolního zařízení : _____

Důvod žádosti o odklad : _____

Podklady pro konečné rozhodnutí o odkladu povinné školní docházky předloženy (pediatr, psycholog, psychiatr apod) :

Dne : _____ vystavil : _____

Důvod : _____

Dne : _____ vystavil : _____

Důvod : _____

Odklad povinné školní docházky může být povolen pouze na základě odůvodněného doporučení od :

1. Poradenské zařízení (PPP nebo SPC)

2. Odborný lékař nebo klinický psycholog

V případě pochybností ze strany vedení školy si ředitel vyhrazuje právo dalších konzultací u kompetentních institucí.

Podpisy rodičů : _____

Podpis pracovníka, který byl přítomen sepsání žádosti : _____



**Základní škola a Mateřská škola
pro sluchově postižené, Plzeň, Mohylová 90**



Mohylová 90, 312 09 Plzeň – tel./fax. 378 609 937; e-mail: reditel@sluchpost-plzen.cz

IČO: 49778153 Bankovní kontakt: ČNB Plzeň, č. ú. 66039311/0710

**Vyjádření lékaře
k odkladu školní docházky**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Vyjádření:

.....

razítko a podpis lékaře