ZŠ a MŠ
Svoboda nad Úpou

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA
SVOBODA NAD ÚPOU, OKRES TRUTNOV
Kostelní 560, 542 24 Svoboda nad Úpou

ŽÁDOST O ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Jako zákonný zástupce dítěte žádám o odklad školní docházky pro:

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození	
Místo trvalého pobytu	

Zákonný zástupce dítěte nebo fyzická osoba, která osobně pečuje o dítě v pěstounské péči, která bude účastníka řízení (dítě) zastupovat:

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Místo trvalého pobytu	
Adresa pro doruč. písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu)	
Žádám o odklad školní docházky syna / dcery z důvodu:	

V(e) _____ dne _____

podpis zákonného zástupce

Podle zákona § 37 zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon), doložím svou žádost posouzením příslušného školského poradenského zařízení a posudkem odborného lékaře.