**Žádost o odklad povinné školní docházky podle § 37, odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon) v platném znění**

**Zákonný zástupce žáka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Místo trvalého pobytu |  |
| Adresa pro doručování |  |
| Telefon |  |

**Ředitel školy:**

Mgr. et Mgr. Miroslav Lebeda

Základní škola a Mateřská škola, Mostek, okres Trutnov; 544 75 Mostek 202

Žádám Vás o odklad povinné školní docházky mého syna – dcery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum narození \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bytem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ke své žádosti přikládám:

a) doporučení školského poradenského zařízení

b) doporučení odborného lékaře

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_