**ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY**

**Zákonný zástupce**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ředitel školy**

Jméno a příjmení: Mgr. Iva Preislerová

Škola: **Základní škola a Mateřská škola Prysk, okres Česká Lípa, příspěvková organizace**

**Žádám o odklad povinné školní docházky své dcery/ syna:**

Jméno: ………………………………………………………………………………………………

Datum narození: …………………………………………………………………………………….

Bydliště: ……………………………………………………………………………………………

**pro školní rok 2024/ 2025.**

V Prysku dne:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zákonného zástupce

Příloha:

1. Vyjádření školského poradenského zařízení
2. Vyjádření odborného lékaře nebo klinického psychologa