

Základní škola a Mateřská škola Kopidlno

Tomáše Svobody 297, 507 32 Kopidlno

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí:

Žádost zákonného zástupce dítěte o odklad povinné školní docházky

Žádám o odklad povinné školní docházky pro školní rok 2024/2025 pro žáka:

Jméno, příjmení žáka: _____

Datum narození: _____

Trvalá adresa: _____

o jeden rok podle § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), doložím svou žádost posouzením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře.

Zákonný zástupce žáka:

Jméno, příjmení zákonného zástupce: _____

Trvalá adresa: _____

Korespondenční adresa (pokud není totožná s místem trvalého pobytu):

Telefon: _____ E-mail: _____

Datová schránka: _____

V _____ dne _____

podpis zákonného zástupce

Přílohy:

- 1) doporučení od dětského lékaře
- 2) doporučení odborného poradenského zařízení